

KANDIDATSPECIALE

Urigtige risikoplysninger ved indtegnning af forsikringsaftalen med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1 & 2



Nina Mee Arre Nord

22 februar 2019 | studienummer 20134722

Titelblad

Uddannelse: Aalborg Universitet, Jura

Titel: Urigtige risikoplysninger ved indtegnning af forsikringsaftalen med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1 & 2

Ramme: Kandidatspeciale

Fag: Forsikringsret

Vejleder: Niels Vase (H), Hjulmand Kaptain

Studerende: Nina Mee Arre Nord – Studienummer 20134722

Afleveringsdato: 22. februar 2019

Indholdsfortegnelse

Titelblad	2
Abstract.....	6
Kapitel 1	7
1.1 Indledning	7
1.2 Problemformulering.....	8
1.3 Anvendte begreber	8
1.4 Afgrænsning	8
1.5 Metode.....	9
Kapitel 2 – redegørelsen.....	10
2.1 Forsikringsaftalen	10
2.2 FAL § 6	11
2.3 FAL § 7	13
2.4 FAL § 8	14
2.5 FAL § 9	14
2.6 Fortolkningsprincipper.....	15
2.6.1 Den naturlige sproglige forståelse	16
2.6.2 Koncipistreglen.....	16
2.6.3 lovbestemt fortolkning	16
Kapitel 3 – Analyse	17
3.1 Analyse af Ankenævnet for Forsikrings afgørelse nr. 90.134 – bilag 1.....	17
3.1.1 Kort om sagen:.....	17
3.1.2 Anbringender og påstande	17
3.1.3 Nævnets afgørelse	19
3.1.4 Analyse.....	20
3.2 Ankenævnet for Forsikring kendelse 89.294 – bilag 2.	21
3.2.1 Sagens omstændigheder	21
3.2.2 Anbringender og påstande	22
3.2.3 Nævnets afgørelse	22
3.2.4 Analyse.....	23
3.3 Ankenævnet for Forsikring kendelse 90.024 – bilag 3	24
3.3.1 Sagens omstændigheder	24
3.3.2 Anbringender og påstande	25
3.3.3 Nævnets afgørelse	26

3.3.4	Analyse.....	27
3.4	Ankenævnet for Forsikring kendelse 88.410 – bilag 4	28
3.4.1	Sagens omstændigheder	28
3.4.2	Anbringender og påstande	28
3.4.3	Nævnets afgørelse	29
3.4.4	Analyse.....	30
3.5	Ankenævnet for Forsikring kendelse 88.103 – bilag 5	31
3.5.1	Sagens omstændigheder	31
3.5.2	Anbringender og påstande	32
3.5.3	Nævnets afgørelse	33
3.5.4	Analyse.....	34
3.6	U.2006.1881./2.V - bilag 6	35
3.6.1	Sagens omstændigheder	35
3.6.2	Anbringender og påstande	36
3.7	U.2004.1572.H – Bilag 7.....	37
3.7.1	Sagens omstændigheder	37
3.7.2	Anbringender og påstande	37
3.7.3	Rettens udtalelser.....	39
3.7.4	Analyse.....	40
3.8	U.2012.1031.Ø – bilag 8	41
3.8.1	Sagens omstændigheder	41
3.8.2	Anbringender og påstande	41
3.8.3	Rettens udtalelser.....	42
3.8.4	Analyse.....	43
	Kapitel 4 - Diskussion	44
	Kapitel 5 – Konklusion.....	47
	Litteraturliste.....	49
	Bilag	50
	Bilag 1.....	51
	Bilag 2.....	65
	Bilag 3.....	77
	Bilag 4.....	88
	Bilag 5.....	96
	Bilag 6.....	104

Bilag 7.....	110
Bilag 8.....	133

Abstract

Title: Incorrect risk assessment questionnaires regarding accept of insurance policy.

Before entering an insurance agreement, the insurance company always make a risk analysis based on the policyholder risk of claims. This does the insurance companies by asking some specific questions, either through an insurance blanket, or an interview with the policyholder.

These question is form by how the insurance companies want to know about their risk assessment. Based on the level of risk, the insurer can either have some restrictions or a higher insurances premium.

In the Danish Insurance Contracts Act of 1930 § 6, it is stated that if the insurer fails to provide the correct risk assessment regarding to the questions that are used, to calculate the risk profile, the insurance company can cancel the insurance by the date of accepting. Therefor the consequences for the insurer are, that they might not have a cover for the claim by their policy.

The section does have two undersections § 6, 1 and § 6, 2.

§ 6, 1 state that if the insurer has acted negligent by answering the questions wrong, the insurance company is free some responsibilities regarding insurance claims. That is of course if the company would not have taken the risk of insurance, if the questions were answered correctly.

§ 6, 2, state that if the insurance company would have insured the insurer, the compensation could be reduced or completely cancelled.

Research Question: When are the insurance companies free of liability when the insurer fails to give the correct risk assessment answer. And what are the consequences for the insurer by given incorrect answer, regarding the act of negligent.

This paper will analysis cases from the Appeal Board of insurance and cases from the High Court and Supreme Court of Denmark.

At the end, this paper will discuss the insurance companies burden of proof, when it comes to proof that the insurer has fail to give the correct risk information.

Kapitel 1

1.1 Indledning

Forudsætningen for en forsikringsaftale mellem forsikringsselskaberne og forsikringstager, er hvad der kan forventes af hinanden imellem. Forsikringstager har en forventning om en erstatning, såfremt at der indtræder en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed. Forsikringsselskabet har ved indtegningen af forsikringsaftalen, risikovurderet de forhold, der har været nødvendige, for at indgå denne aftale. Således at forsikringsselskabet på bedst mulige måde, kan være behjælpelige med en erstatning, når skaden indtræder.

Ved en aftaleindgåelse forpligter forsikringsselskabet sig til at yde erstatning og bistand, som den sikrede er berettiget til.

Hertil der det derfor nødvendigt, at ved aftaleindgåelsen, at forsikringstager har klarlagt de nødvendige risikoforhold. Omvendt kan forsikringsselskabet blive fri for ansvar, hvis forsikringstager har afgivet urigtige risikooplysninger.

Forsikringsaftaleloven regulere således forsikringstagerens afgivelse af risikooplysninger, ved forsikringsaftalens indgåelse, samt ved forsikringsbegivenhedens indtræden.

Specialet omhandler den konsekvens der er, ved at forsikringstager giver urigtige oplysninger ved indtegning af forsikring. Disse relevante forhold gør sig gældende i forsikringsaftalelovens §§ 4-9. Specialet tilsigter at give læseren en forståelse af det nærværende retsområde, herunder bevisbyrden for selskabet, samt konsekvensen af at afgive urigtige oplysninger, ved forsikringsaftalens indgåelse.

I dette speciale vil der blive redegjort for risikooplysningerne, samt retsvirkningen for disse i henhold til Forsikringsaftalelovens §§ 6-10.

1.2 Problemformulering

Hvornår er selskabet fri for ansvar, når forsikringstager giver urigtige oplysninger ved indtegningen.

- Hvad er konsekvensen for forsikringstager ved at give urigtige oplysninger.

1.3 Anvendte begreber

Forsikringstager: Forsikringstager forstås som den, der har indgået aftalen med forsikringsselskabet jf. FAL § 2, stk. 2.

I dette speciale sidestilles forsikringstager også med forsikringsansøgeren, idet forsikringsselskaberne kan afvise at tegne forsikringer til forsikringsansøgeren.

Den sikrede: Dette skal forstås som, den der har ret til forsikringsydelsen, når en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed indtræder jf. FAL § 2, stk. 3.

I nogle situationer er forsikringstager og den sikrede ikke samme person, hvorfor begrebet den sikrede, kort bemærkes.

Bekendtgørelse af lov om forsikringsaftaler – Forsikringsaftaleloven: I dette speciale bliver forsikringsaftaleloven forkortet til FAL.

Ankenævnet for Forsikring: Efterfølgende kaldt Nævnet. Ankenævnet for Forsikring er et upartisk nævn, som er oprettet af Forbrugerrådet Tænk og Forsikring & Pension. Dette nævn er godkendt til at behandle klager over forsikringsselskabernes afgørelser, hvorfor disse kendelser, som udgangspunkt, er bindende for forsikringsselskaberne.

1.4 Afgrænsning

Specialet omhandler den juridiske retstilling ved, at forsikringstager giver urigtige risikooplysninger, heraf selskabet bevisbyrde samt konsekvensen over for forsikringstager.

Specialet tager udgangspunkt i FAL § 6, stk. 1 og 2. Ud over dette begrænser specialet sig i 3 forskellige forsikringstyper: Auto, - indbo og ulykkesforsikringer.

Der er dog analyseret en kendelse fra Ankenævnet for Forsikring vedr. Bådforsikring. Denne tages dog med, idet Nævnet kritiserer selskabet for ikke at have påberåbt sig bestemmelsen rettidigt.

Der redegøres også kort for FAL §§ 6-9, idet FAL § 6, ikke kan stå alene, for at få en korrekt forståelse af risikooplysninger.

Specialet vil ikke behandle emnet *Underforsikring*.

1.5 Metode

Specialet tager udgangspunkt i relevant forsikringsret, samt relevant administrativ retspraksis på det forsikringsretlige område.

Specialet gør brug af den retsdogmatiske metode. Den retsdogmatiske metode betegnet som værende ”*en del af retsvidenskaben, der særligt fremstiller de gældende retsregler*”¹.

Dette metodevalg kommer til udtrykket igennem beskrivelse og analyse af den i samtiden gældende retstilstand².

I den redegørende og analyserende del af specialet, bruges den retsdogmatiske metode, således at der i projektet bliver beskrevet, fortolket og analyseret den gældende ret.

Dette sker i en redegørelse af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1 og 2, samt redegørelse for risikooplysninger.

Denne metode bruges i en juridisk vurdering, der beror på lovtekster, samt retspraksis.

Specialet vil derfor på baggrund af den retsdogmatiske metode, analysere almindelige retskilder, i form af lovgivning og retspraksis på det forsikringsretlige område. Dette er med henblik på, at fastlægge beviskravet hos forsikringsselskaberne, når forsikringstager giver urigtige oplysninger ved indtegnings.

Derudover vil specialet bruge de komparative elementer, som kommer til udtryk gennem afgørelse fra forskellige retslige instanser³, herunder Ankenævnet for Forsikring og de danske domstole.

¹ Munk-Hansen, Carsten: ”Retsvidenskabsteori”, Jurist- og økonomforbundet 2014, side 178

² Munk-Hansen, ibid, side 78.

³ Munk-Hansen, ibid, side 56.

Kapitel 2 – redegørelsen

2.1 Forsikringsaftalen

Ved indtegningen af en forsikring, indgår man en forsikringsaftale.

Dette er en aftale om overtagelse af en økonomisk risiko for en uvis begivenheds indtræden mod et vederlag, der kan beregnes statistisk ⁴

Denne forsikringsaftale bliver reguleret i Lov om forsikringsaftaler, subsidiært bliver den reguleret af Aftaleloven, hvor FAL ikke finder anvendelse.

Ved indgåelsen af en forsikringsaftale, er det vigtigt, at forsikringsselskaberne får de faktiske oplysninger, omkring de forhold der kan have indflydelse på den risiko, som forsikringsselskabet indgår. Forsikringsselskaberne benytter sig af de risikooplysninger, som foreligger hos forsikringstager til at vurdere, om forsikringsselskabet vil overtage denne risiko.

Hertil bruges risikooplysningerne også til beregning af forsikringens præmie, samt vurdering om vilkår i forsikringsaftalen. ⁵

I praksis oplyser forsikringstager disse risikooplysninger ved indgåelsen af forsikringsaftalen.

Denne kan ske skriftligt eller mundtligt.

Der foreligger ingen formkrav til hvordan disse risikooplysninger skal oplyses.

Hvis forsikringstager oplyser forholdene omkring risiko skriftligt, bliver dette typisk gjort via en forsikringsbegæring. Denne blanket er udarbejdet af forsikringsselskabet selv. ⁶

Denne forsikringsbegæring indeholder en række spørgsmål, hvor forsikringsselskabet benytter sig af svarene, til at vurdere risikoen ved overtagelsen af forsikringen. ⁷

⁴ Jønsson, Henning & Kjærgaard, Lisbeth "Dansk forsikringsret" 9. Udgave, side 60.

⁵ Ibid kapitel 9

⁶ Ibid side 167

⁷ Ibid 167

Karakterene af spørgsmålene afhænger af hvilken forsikringen der ønskes at indtegnes. Ved basisforsikringerne, såsom indbo- og bygningsforsikringer, vil spørgsmålene være få og generelle.⁸ Hvorved livs- og ulykkesforsikringer, kan spørgsmålene være mere konkrete og omfattende. Dette er for bedre at kunne vurdere risikoforholdet til den givende forsikring.

Det er derfor vigtigt at forsikringstager besvarer de stillede spørgsmål, så konkret og sandfærdigt som overhovedet muligt, idet forsikringstager risikerer at afgive urigtige oplysninger, eller ikke at opfylde sin oplysningspligt, i henhold til FAL §§ 4-9.

Dette vil blive behandlet i nedenstående afsnit.

2.2 FAL § 6

I nærværende afsnit vil FAL § 6, stk. 1 og 2, blive behandlet, endvidere vil vurderingen om, forsikringstager har krav på erstatning, helt eller delvist, ved afgivelse af urigtige oplysninger blive belyst.

Har forsikringstageren, uden at oplysningerne er omfattet af §§ 4 & 5, givet urigtige risikooplysninger, kan forsikringsselskabet helt eller delvist, være fritaget for ansvar jf. FAL § 6.⁹ FAL § 6, er opdelt i 3 stk.

1. FAL § 6, stk. 1 siger, at forsikringsselskabet er fri for ansvar, hvis der er objektivt givet urigtige risikooplysninger til forsikringsselskabet, hvis forsikringstager har handlet uagtsomt, samt at forsikringsselskabet ikke ville have overtaget denne risiko, ved afgivning af de rigtige risikooplysninger.¹⁰
2. Hvis forsikringsselskabet ville have overtaget denne risiko til samme pris, og på samme vilkår, sker der hverken frafald eller nedsættelse af erstatning¹¹

⁸ Ibid side 168

⁹ Forsikringsaftalelovens § 6.

¹⁰ Sørensen, Ivan "*forsikringsaftaleloven med kommentar* " 1. Udgave, side 54

¹¹ ibid, side 54

3. Hvis det må antages, at forsikringsselskabet ville have tegnet forsikringen, på trods af at forsikringstager, har afgivet urigtige oplysninger, men til andre vilkår, og til anden pris, kan der ske en reduktion af erstatningen.

FAL § 6, stk. 3, vil ikke blive nærmere behandlet jf. Afsnit afgrænsning.

Det følger som sagt af FAL § 6, stk. 1, at selskaberne er fri for ansvar, såfremt at forsikringstager har afgivet urigtige risikoplysninger.

Der er tre betingelser der skal være opfyldt, hvis selskabet vil statuere sig FAL § 6.

Den første betingelse er, at forsikringstager skal have afgivet urigtige risikoplysninger.¹² Disse urigtige risikoplysninger skal foreligge ved aftalens indgåelse.¹³ Den sidste betingelse er disse skulle kunne tilregnes forsikringstager, ved at forsikringstager har handlet uagtsom, ved enten at oplyse forkerte risikoplysninger, eller ved en fortielse herom.¹⁴

Hvis disse betingelser er opfyldt, er retsvirkningen, at selskabet kan opsige forsikringen med tilbagevirkende kraft, fra ikrafttrædelsestidspunktet.

I henhold til de almindelige forsikringsretslige regler, påhviler det forsikringstager, at påvise at der er tale om en dækningsberettiget skade jf. FAL § 22¹⁵

Dog hvis selskaberne mener, at forsikringstager har afgivet urigtige risikoplysninger, så påhviler det forsikringsselskaberne at løfte denne bevisbyrde.¹⁶

I kapitel 4, vil bevisbyrden for selskaberne blive behandlet.

¹² Sørensen, Ivan *"forsikringsaftaleloven med kommentar"* 1. Udgave, side 54

¹³ Ibid, side 54

¹⁴ Ibid, side 54

¹⁵ Forsikringsaftalelovens § 22

¹⁶ Sørensen, Ivan *"forsikringsaftaleloven med kommentar"* 1. Udgave, side 54

2.3 FAL § 7

FAL § 7, omhandler forsikringstagerens oplysningspligt. Dette betyder at forsikringstager har en oplysningspligt, hvilket skal forstås, at forsikringstager, ved egen drift, skal afgive risikooplysninger til forsikringsselskabet.

Disse oplysninger er relevante, når der ikke benyttes en forsikringsbegæring, ved indtegnning af forsikringen. Dette sker typisk ved aftaleindgåelse, foretaget over telefon, eller ved møde med forsikringsassurandør.

Ved en mundtlig aftaleindgåelse, sker dette typisk, ved indtegninger over telefon, eller ved møde med assurandør, er det vigtigt, at gøre forsikringstager bekendt med de afgivne risikooplysninger. Det følger endvidere af bestemmelsen, at bevisbyrden for at forsikringstager har afgivet urigtige risikooplysninger, påhviler forsikringsselskabet.¹⁷

Sædvane viser at når selskaberne selv udfylder forsikringsbegæringen, på baggrund af de mundtlige oplysninger fra forsikringstager, at der i direkte forlængelse, bliver sendt denne begæring til forsikringstager, for sikring af at det er de korrekte oplysninger, der er noteret. Dette kan fremsendes, enten som begæringen i sig selv, eller som et tilbud, hvori de afgivne risikooplysninger fremgår. Hertil opfordrer selskabet til at gennemgå disse oplysninger, inden accept af tilbud.¹⁸

Oplysningspligten i henhold til FAL § 7, kan sidestilles med en svarpligt, når der er tale om en forsikringsbegæring, idet selskaberne beder forsikringstager, om at svare sandfærdigt, og fyldestgørende på de stillede spørgsmål, hvorfor forsikringstagers oplysningspligt er opfyldt, ved besvarelsen af disse.¹⁹

FAL § 7, gælder endvidere, hvis der sker ændringer af risikoforhold, hertil også FAL § 49. Hertil er der tale om situationer, hvor forsikringstager får kendskab til ændringer af afgivne risikooplysninger, eller fareforøgelser jf. FAL § 49.

¹⁷ Jønsson, Henning & Kjærgaard, Lisbeth "Dansk forsikringsret" 9. Udgave, side 190

¹⁸ ibid side 208

¹⁹ ibid side 170

I disse tilfælde har forsikringstager pligt til at informere selskabet om disse ændringer.²⁰

Ved undladelse af dette, kan det tilregnes forsikringstager som værende groft uagtsom, og derved vil forsikringstager blive stillet, som havde han afgivet urigtige risikooplysninger ved forsikringsindtegningen.²¹

2.4 FAL § 8

I dette afsnit bliver der redegjort for forsikringsselskabets meddeles pligt, når denne har fået kendskab til urigtige risikooplysninger.

I henhold til FAL § 8 gælder det, at selskabet skal uden ugrundet ophold, meddele forsikringstager, at selskabet vil påberåbe sig af de rettigheder, der er hjemlet i FAL § 6. Jf. FAL § 8.²²

Denne bestemmelse er til at sikre forsikringstager, således at selskabet ikke opretholder forsikringspræmien indtil hovedforfald.²³

2.5 FAL § 9

Det følger af FAL § 9, at forsikringsselskaberne ikke kan gøre urigtige oplysninger gældende, hvis der ved indtegningen, var eller burde være vidende om urigtigheden af de afgivende risikooplysninger, fra forsikringsselskabets side.²⁴

Hertil kan forsikringsrådgivere, forsikringsmæglere, assurandører, samt andre repræsentanter fra selskabet identificeres som forsikringsselskabet.

²⁰ ibid side 206

²¹ ibid side 206

²² Forsikringsaftalelovens § 8.

²³ Jønsson, Henning & Kjærgaard, Lisbeth "Dansk forsikringsret" 9. Udgave, side 214

²⁴ Forsikringsaftalelovens § 9.

Såfremt at selskabet er vidende om urigtigheden af de afgivne risikoplysninger, men ikke gør forsikringstager opmærksom på dette, giver selskabet afkald på at gøre bestemmelserne i §§ 4-6 gældende.²⁵

I praksis opdages urigtige risikoplysninger typisk ved en skadesanmeldelse. For at selskabet kan påberåbe sig bestemmelserne om ansvarsfrihed, er det nødvendigt, at selskaberne får løftet bevisbyrden for de urigtige oplysninger.²⁶

Dette kan ske ved at selskabet foretager undersøgelser, evt. fra tidligere selskab. Dette kan kun ske ved samtykke fra forsikringstager, hvorfor forsikringstager skal have besked om evt. Undersøgelser af forsikringsforhold.²⁷

Det følger endvidere af bestemmelsen i FAL § 9, at selskabet ikke kan gøre urigtige oplysninger gældende, hvis ikke disse har betydning for selskabet. Dette gælder både ved indtegning, men også ved ændringer af risikoforhold.²⁸

Ved en vurdering, om hvorvidt risikoplysningerne er af betydning, skal der vurderes hvorvidt selskabet ville have overtaget denne risiko ved indtegningen, såfremt at de korrekte oplysninger var afgivet.²⁹

2.6 Fortolkningsprincipper

Der vil i nærværende afsnit kort redegøres for fortolkningsprincipperne, idet disse bruges til at fastslå, om hvorvidt der er tale om en gyldig forsikringsaftale.

Ved at en aftalefortolkning er formålet, at bestemme om parternes fælles vilje, er i overensstemmelse med den aftale der er indgået.³⁰

²⁵ Jønsson, Henning & Kjærgaard, Lisbeth "*Dansk forsikringsret*" 9. Udgave, side 216

²⁶ ibid 214.

²⁷ Ibid 214

²⁸ ibid 215

²⁹ Forsikringsaftalelovens § 9.

³⁰ Jønsson, Henning & Kjærgaard, Lisbeth "*Dansk forsikringsret*" 9. Udgave, side 112

2.6.1 Den naturlige sproglige forståelse

Denne fortolkningsregel beror på hvad der er en naturlig sproglig forståelse.³¹ Der skal her ses på, hvad ordene i aftalen, og hvordan disse fortolkes. Det er derfor vigtigt at disse er beskrevet, således at de ikke kan fortolkes på forskellige retslige måder. Hertil kommer, at de enkelte vilkår, ikke kan tå alene, men der skal fortolkes på hele aftalens indhold.³²

2.6.2 Koncipistreglen

Denne fortolkningsregel, er en særlig fortolkningsmåde, hvor der fortolkes imod aftaleforfatteren. Denne er til begunstigelse for forbrugeren, idet den skal falde til forsikringstagers fordel.³³

Dette menes hvis der er en usikkerhed i aftalens vilkår, så skal denne fortolkes til fordel for forsikringstageren.

Koncipistreglen er lovfæstet ved forbrugeraftaler, denne har hjemme i Aftalelovens § 38, b. Denne tilsigter at en tvist mellem aftalepartner, skal fortolkes således, at forbrugeren bliver tilgodeset.³⁴

2.6.3 lovbestemt fortolkning

I forbindelse med specialet, bliver denne lovbestemte fortolkning, primært brugt ved vurderingen, om der er tale om svigagtige oplysninger jf. FAL §4, eller urigtige oplysninger jf. §6.

Der er i bestemmelserne, ikke reguleret hvornår der er tale om svigagtige oplysninger, og hvornår der er tale om urigtige oplysninger.³⁵

Denne bliver fortolket ud fra retspraksis, hertil domme og kendelser fra Ankenævnet for Forsikring

³¹ ibid side 114

³² ibid side 114

³³ ibid side 115

³⁴ ibid side 116

³⁵ ibid side 118

Kapitel 3 – Analyse

I følgende kapitel gennemgås og analyseres kendelser fra Ankenævnet for Forsikring, samt domsafgørelser. Dette analyseres med henblik på, at belyse hvor meget der skal til, for at forsikringsselskaberne har løftet bevisbyrden, således at de er frie for ansvar, når forsikringstager har givet urigtige oplysninger i henhold til FAL § 6, stk. 1 eller stk. 2.

Som beskrevet i tidligere kapitel, så er der en række risikoforhold, der bliver vurderet ved indtegningen. Det gælder at bevisbyrden for at forsikringstager har givet urigtige oplysninger, påhviler forsikringsselskabet.

3.1 Analyse af Ankenævnet for Forsikrings afgørelse nr. 90.134 – bilag 1.

3.1.1 Kort om sagen:

11. juli 2016 kørte Klagers barn galt i klagers bil. Selskabet afviste dækningen, da selskabet var af den opfattelse, at klagers barn har været den eneste bruger. Ud over afvisning af dækningen, opsiger selskabet forsikringen med tilbagevirkende kraft, i henhold til FAL § 6.³⁶

Klager har i forbindelse med sagsbehandlingen, oplyst at de begge benytter bilen, men at klagers søn er den primære, på den måde, at klagers søn bruger bilen 60 % af tiden, hvoraf klager bruger de restende 40 %.³⁷

3.1.2 Anbringender og påstande

³⁶ Ankenævnet for Forsikring afgørelse nr. 90.134

³⁷ Ankenævnet for Forsikring afgørelse nr. 90.134

Selskabet fremlægger en vejledning fra SKAT til registrering af motorkøretøjer, og hvem der skal registeres som bruger af bilen. Hertil fremgår det at *”ved brug forstås den person, der har varig rådighed over køretøjet, det vil sige den person, der er ansvarlig for køretøjet og dagligt benytter det”*.³⁸

Selskabet oplyser endvidere at de er et medlem selskab, og ved indtegningen kunne hjemmeboende børn, ikke tegne kasko, hvis ikke disse var medlemsberettiget.

Selskabet gør herefter gældende, at hvis de ved indtegnings tidspunktet, havde vidst at den primære bruger var klagers barn, så ville de ikke have indtegnet kaskoforsikringen, hvorfor de nu gør gældende, at klager har afgivet urigtige oplysninger ved indtegningen.³⁹

Klager gør gældende, at de har oplyst de faktiske omstændigheder. Klager, klagers mor samt klagers barn, ejer hver 1/3 af bilen, og derved bliver denne benyttet af alle 3.⁴⁰

Klager oplyser til Nævnet, at klagers barn ikke er den primære, men det er klager der bruger bilen mest. Klager har fremlagt, til støtte for deres argumentation, et skema over kørselsmønster for klagerens barn og klager.⁴¹

I svarskrift fra Selskabet oplyser de, at klager, over for skadeskonsulenten, har oplyst at det var klagers barn der var den primære bruger, men at klager har, overfor Nævnet oplyst, at det var klager der var den primære bruger af bilen, og henviser til kørselsskemaet.⁴²

Nævnet har herefter anmodet selskabet om yderligere oplysninger, heriblandt om selskabet ville have indtegnet forsikringen, såfremt at klager havde været registeret som ejer, men at klagers barn var registeret som bruger, eller hvis klager havde oplyst at der var flere brugere.

³⁸ Ankenævnet for Forsikring afgørelse nr. 90.134

³⁹ Ankenævnet for Forsikring afgørelse nr. 90.134

⁴⁰ Ankenævnet for Forsikring afgørelse nr. 90.134

⁴¹ Ankenævnet for Forsikring afgørelse nr. 90.134

⁴² Ankenævnet for Forsikring afgørelse nr. 90.134

Selskabet kommer med sit svar, hvori de bemærker, at den lovpligtige ansvarsforsikring ville været tegnet, men det er alene kaskoforsikringen samt de øvrige tillægsdækninger, som selskabet ikke længere vil tilbyde klager.⁴³

Selskabet frembringer deres acceptregler, hvori der står, at såfremt at der er tale om en dele bil, så vil selskabet forsikre delebilen med to bruger på to forskellige adresser.⁴⁴

Selskabet hævder at idet der er tale om et hjemmeboende barn, så ville selskabet ikke have tilbudt kaskodækningen på bilen.

3.1.3 Nævnets afgørelse

Mindretal i Nævnet udtaler at selskabet har godtgjort at klagers søn var enebruger, hvorfor selskabet ikke var forpligtet til at indtegne forsikringen, såfremt dette var oplyst ved indtegningen.

Mindretallet i Nævnet, kan derfor ikke kritisere selskabet for at afvise dækning, samt at opsige forsikringen med tilbagevirkende kraft.

Flertallet i Nævnet udtaler at selskabet har godtgjort at klagerens søn var bruger af bilen, men finder det ikke godtgjort at klagers søn var enebruger. Flertallet er derfor af den opfattelse, at klager burde have oplyst, at sønnen var bruger, men idet bilen ejes af klager, finder flertallet ikke, at dette ville have gjort, at selskabet ikke ville tilbyde kaskodækningen.

Flertallet finder der for ikke, at selskabet har været berettiget til at opsige kaskoforsikringen med tilbagevirkende kraft til tegnings tidpunktet.⁴⁵

Flertallet mener dog, at det er groft uagtsomt at klager ikke har oplyst at klagers søn var bruger af bilen, hvorfor flertallet pålægger at selskabet skal opføre skaden, i medfør til FAL § 6, som en pro rata erstatning.

⁴³ Ankenævnet for Forsikring afgørelse nr. 90.134

⁴⁴ Ankenævnet for Forsikring afgørelse nr. 90.134

⁴⁵ Ankenævnet for Forsikring afgørelse nr. 90.134

Nævnet træffer afgørelse i overensstemmelse med flertallets votum, hvorfor selskabet ikke kan opsigte forsikringen med tilbagevirkende kraft, og kan ej heller afvise dækning af skaden.

Klager for derfor medhold i sagen.⁴⁶

3.1.4 Analyse

Nærværende kendelse belyser at selvom der er givet urigtige oplysninger ved indtegning, så kan selskabet ikke, uden videre afvise dækning for skaderne, ej heller opsigte forsikringen med tilbagevirkende kraft.

Selskabet har i nærværende kendelse løftet bevisbyrden for, at klager har givet urigtige oplysninger, men at selskabet ikke er fri for ansvar, da selskabet ikke har godtgjort, at de ikke ville have tilbudt forsikringen, såfremt at klager have opgivet de faktiske oplysninger.

Nævnet udtaler endvidere at

” Flertallet har blandt andet lagt vægt på det anførte om barnets, klagerens og andre familiemedlemmers brug af bilen. Flertallet har også lagt vægt på, at det efter nævnets opfattelse må have formodningen for sig, at det ikke kun er klagerens barn, der bruger bilen, når det lægges til grund, at det er klageren, der har betalt for bilen og ejer bilen. ”⁴⁷

Nævnet kommer derved frem til, at hvis selskabet ville påberåbe sig FAL § 6, så skulle klager søn derved være enebruger af bilen.

Nævnet finder i nærværende sag, at klager i dette tilfælde, ikke har afgivet urigtige oplysninger, ved indtegningen af bilens autoforsikring.

Klager får derfor medhold i nærværende sag.

⁴⁶ Ankenævnet for Forsikring afgørelse nr. 90.134

⁴⁷ Ankenævnet for Forsikring afgørelse nr. 90.134

3.2 Ankenævnet for Forsikring kendelse 89.294 – bilag 2.

3.2.1 Sagens omstændigheder

Klagers båd sank d. 22/06-2015. Klager har herefter anmeldt forsikringsbegivenheden til sit forsikringsselskab.

Selskabet har herefter afvist dækning, med den begrundelse, at klageren har afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med indtegning. Subsidiært har selskabet afvist dækning grundet bådens konstruktion, herunder fejlkonstruktion samt rådskaade.⁴⁸ Den subsidiære afvisningsgrund vil ikke blive analyseret, dog vil denne stadig inddrages i belysningen af beviskravet.

Klager har indtegnet sin båd i selskabet. I den fremlagte begæring, udfyldt og underskrevet af klager d. 5/09-2014, er der ud fra posten ”Materialer” påskrevet Glasfiber.⁴⁹

I forbindelse med anmeldelsen af forsikringsbegivenheden, er der i henhold til haverirapporten, som er udfærdiget for selskabet, noteret at båden er lavet af træ, med en tynd belægning af glasfiber.⁵⁰

Som følge af denne belægning, bliver træet således lukket inde, hvorfor dette kan fremkalde råd.

I henhold til haverirapporten har klager været uvidende om dette ovenstående forhold, og har derfor været i god tro, ved udfyldelsen af forsikringsbegæringen.⁵¹

Selskabet har efterfølgende afvist dækning af forsikringsbegivenheden, samt har selskabet opsagt forsikringen med forfald af d. 31/12-2015.

⁴⁸ Ankenævnet for Forsikring afgørelse nr. 89.294

⁴⁹ Ankenævnet for Forsikring afgørelse nr. 89.294

⁵⁰ Ankenævnet for Forsikring afgørelse nr. 89.294

⁵¹ Ankenævnet for Forsikring afgørelse nr. 89.294

3.2.2 Anbringender og påstande

Selskabet bemærker at klager, i sin udfyldelse af begæring ved indtegning, har noteret at båden er lavet af glasfiber.⁵²

Selskabet påberåber sig FAL § 4, at klager har givet svigagtige oplysninger, men anfægter at de urigtige oplysninger, eller kan henledes til FAL § 6.

Selskabet indsender herefter deres acceptregler, hvori der er beskrevet, at ældre træbåde ikke indtegnes uden forudgående besigtigelse.⁵³

Efter skadens besigtigelse oplyser selskabet, at båden ikke ville være indtegne, grundet fejlkonstruktionen, samt de risikoforhold der foreligger ved glasfiber belægningen.

Klager har ikke kommenteret på selskabet påstande om svigagtige/urigtige oplysninger ved indtegning.

3.2.3 Nævnets afgørelse

Nævnet bemærker at ved indtegningen har klager oplyst, at der er tale om et glasfiberfartøj, men der i virkeligheden er tale om en træbåd med et tynd lag glasfiber.

Nævnet finder ikke at der er tale om svigagtige oplysninger, men derimod at klager har givet urigtige oplysninger jf. FAL § 6, ved ikke at oplyse at der er tale om en træbåd.

Nævnet finder dog, at selskabet ikke kan påberåbe sig FAL § 6, idet de ikke, uden ugrundet ophold har påberåbt sig bestemmelsen jf. FAL § 8.

⁵² Ankenævnet for Forsikring afgørelse nr. 89.294

⁵³ Ankenævnet for Forsikring afgørelse nr. 89.294

Nævnet udtaler slutningsvis, at grundet den dårlige konstruktion, samt undtagelsesbestemmelserne i forsikringsbetingelserne, gør at Nævnet ikke kan kritisere selskabets afvisning af skaden.

3.2.4 Analyse

I nærværende sag udtaler Nævnet, at klager har afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med indtegning af båden.

Der er tale om en begæring, der er udfyldt og underskrevet af klager, hvorfor denne kan lægges til grund for risikoforhold.

Nævnet mener dog, at selskabet ikke kan påberåbe sig FAL § 6, fordi de ikke straks meddelt at selskabet er fri for ansvar, hvis der er givet urigtige oplysninger.

Dog har selskabet i denne sag, løftet bevisbyrden for, at forsikringstager har givet urigtige oplysninger.

Klager kommentere ej heller på denne påstand, hvorfor dette må tillægges en betydning, at klager uagtsomt har givet urigtige oplysninger ved indtegning.

3.3 Ankenævnet for Forsikring kendelse 90.024 – bilag 3

3.3.1 Sagens omstændigheder

Klager har fået ødelagt en tand i juni 2017, hvorefter klager anmelder forsikringsbegivenheden til sit forsikringsselskab.

Klager modtager efterfølgende en afvisning, samt en orientering om at alle klagers forsikringer opsiges med tilbagevirkende kraft, grundet urigtige oplysninger ved indtegning af forsikringer.⁵⁴

Klager tegner d. 5/06-2015 indboforsikring hos selskabet. Dette tilbud bliver beregnet ud fra de oplysninger, som klager giver til selskabet.⁵⁵

Klager har oplyst at klager har haft én skade ved tidligere selskab.

Tilbuddet bliver fremsendt til klager samme dag.

Klager accepterer tilbuddet via mail samme dag.

Klager tegner efterfølgende d. 18/09-2015 ulykkesforsikring til klager og klagers barn.

Ligesom ved indboforsikringen, så bliver dette tilbud også beregnet ud fra, de risikooplysninger som klager har afgivet, ved indtegning.

Dette bliver sendt pr. Mail til klager samme dag, som ligeledes acceptere tilbuddet.

⁵⁴ Ankenævnet for Forsikring kendelse 90.024

⁵⁵ Ankenævnet for Forsikring kendelse 90.024

3.3.2 Anbringender og påstande

Selskabet indsender deres acceptregler, hvori det står beskrevet

” At kunder, der har haft flere end 2 skadesbegivenheder på et produkt de sidste 3 år - ikke kan tilbydes forsikring i Nordjylland Forsikring. Skadesbegivenheder defineres ved uafsluttede/igangværende skader, samt skader med udbetaling fra egen forsikring, dog ikke 0 skader (0 skader defineres ved - ikke dækningsberettiget skader, samt skader under selvrisko (med/uden afskrivning). ”⁵⁶

Selskabet fremlægger ydermere de fremsendte mails til klager. I disse mails, skriver selskabet at ved at afgive urigtige oplysninger, kan dette få betydning for dækning. De skriver endvidere at hvis der opdages fejl i de oplysninger, så skal selskabet have besked straks.

Selskabet påberåber sig derfor at klager har givet urigtige oplysninger ved indtegning, idet klager kun har oplyst at de har haft én anmeldt skade, ved tidligere selskab.

Det er i kendelsen nævnt at klager har haft 7 skader på sin indboforsikring, herunder 3 af dem i 2015.

Selskabet retter endvidere et krav til klager, på tilbagebetaling af erstatning, grundet at forsikringen er opsagt med tilbagevirkende kraft.

Klager oplyser i sit svarskrift, at klager ikke har nævnt noget om at han/hun kun har haft én skade. Klager oplyser endda, at de havde talt om de tidligere anmeldte skader, hvorfor hun også oplyser, at de kan tage kontakt til tidligere selskab, idet klager ikke helt præcis kan huske samtlige skader.

Selskabet bemærker, at de ved fremsendelsen af tilbuddet, oplyser konsekvensen ved at afgive urigtige oplysninger, hvorfor de må forvente, at disse stemmer over ens med realiteten.

⁵⁶ Ankenævnet for Forsikring kendelse 90.024

I mailen skriver selskabet, at hvis de ønsker af acceptere tilbuddet, skal klager besvare mailen med et ja inden 30 dage.

Ved besvarelsen af tilbuddet, acceptere man samtidig, de i mailen opstillede punkter. (Se bilag 3, side 6.)

Selskabet har i denne mail vedhæftet to filer, omhandlende tilbuddet samt købsinformation.

3.3.3 Nævnets afgørelse

Nævnet udtaler:

”Nævnet bemærker, at selskabet ved forsikringer, der tegnes på grundlag af telefonsamtaler, har en streng bevisbyrde for, at selskabet rent faktisk har stillet de spørgsmål, der påberåbes som grundlag for urigtige risikooplysninger, og at forsikringstageren har svaret urigtigt herpå.”⁵⁷

Nævnet finder i denne sag, ikke at selskabet har godtgjort, at klager har givet urigtige oplysninger i forbindelse med indtegnning.

Endvidere bemærker Nævnet, at ved fremsendelse af mail ikke godtgøre at selskabet har spurgt ind til tidligere anmeldte skader.

Nævnet lægger vægt på, at der i mailen, er blevet oplyst at det alene er prisen der har betydning, i forhold til tidligere anmeldte skader.

Nævnet bemærker i øvrigt, at klager er blevet bedt om at tage stilling til hvorvidt tilbuddet skal accepteres, og derved ikke har givet anledning til at de øvrige oplysninger, skal gennemgås, med henblik på urigtige oplysninger.⁵⁸

Nævnet finder derfor ikke at klager uagtsom har afgivet urigtige risikooplysninger som sin tidligere skadeshistorik. Hvorfor selskabet ikke er berettiget til at ophæve klagers forsikringer, med

⁵⁷ Ankenævnet for Forsikring kendelse 90.024

⁵⁸ Ankenævnet for Forsikring kendelse 90.024

tilbagevirkende kraft fra indtegnings tidspunktet, men derimod at selskabet godt kan opsiges forsikringerne med virkning fremadrettet fra d. 1/8-2016.⁵⁹

3.3.4 Analyse

Nærværende kendelse er yderst interessant, idet der stilles strengere krav til selskabet, når oplysningerne bliver indtastet af selskabet.

Selskabernes skal derfor ved indtegnning pr. Telefon, gøre forsikringstager opmærksom på evt. Fejl i risikooplysningerne.

I nærværende sag, har selskabet ikke gjort klager tilstrækkelig opmærksom på, at de oplysninger, der er blevet indtastet ved indtegninger er korrekte.

Det kommer derfor til udtryk, at det ikke er nok, blot at vedhæfte en fil, hvori antal skader er oplyst, uden at selskabet har gjort tilstrækkelig opmærksom på at svarene om risikooplysningerne, er noteret korrekt.

Derfor finder Nævnet ikke at selskabet har løftet bevisbyrden, for at forsikringstager har givet urigtige oplysninger, idet selskabet ikke har godtgjort, at klager kun har oplyst om én skade, og ikke de restende 6 skader.

⁵⁹ Ankenævnet for Forsikring kendelse 90.024

3.4 Ankenævnet for Forsikring kendelse 88.410 – bilag 4

3.4.1 Sagens omstændigheder

I nærværende sag drejer det sig om, at klager der har tegnet en autoforsikring i Codan, hvortil klager, er utilfreds over størrelsen på den erstatning, som selskabet har opgjort, i forbindelse med at klagers bil, er brændt.⁶⁰

Selskabet har i denne sag fastsat en skønsæssig erstatning i henhold til FAL § 6, stk. 2.

Selskabet har opgjort erstatningen skønsæssigt, med den begrundelse, at klagers søn er den faste bruger, hvorfor ved selskabets vidende, ville have udregnet en større forsikringspræmie.⁶¹ Dette bliver dog afvist for klagers side. klager oplyser endvidere, at den optagende samtale, som klager havde ved indtegningen med selskabet, kan bestride dette.⁶²

3.4.2 Anbringender og påstande

Selskabet har opgjort erstatningen skønsæssigt til 150.700 kr. Men klagers krav er på den fulde erstatning på 340.000 kr.

Klager er uenig i, at forsikringstagers søn er den primære bruger, og gør gældende at ved forsikringsbegivenhedens indtræden, var bilen ikke i nærheden af sønnens adresse.⁶³

Selskabet gør gældende at på forsikringstagers autopolicy, var sat en klausul, som gjorde gældende, at præmien var fastsat med den forudsætning, at bilen kun bliver brugt til privat- og personkørsel,

⁶⁰ Ankenævnet for Forsikring kendelse 88.410

⁶¹ Ankenævnet for Forsikring kendelse 88.410

⁶² Ankenævnet for Forsikring kendelse 88.410

⁶³ Ankenævnet for Forsikring kendelse 88.410

bilen måtte undtagelsesvis blive benyttet af andre en forsikringstager og dennes samlever.

⁶⁴Forsikringstager står som bruger og ejer af bilen.⁶⁵

Selskabet fremlægger en lydfil, hvor klager søn taler med selskabets taksator.

I denne fortæller sønnen, at bilen er købt til, at sønnen kan bruge den til skole og andre steder. Bilen bruges endvidere til at sønnen kan hjælpe til i klagers købmandsforretning. Sønnen oplyser at han benytter bilen mere end klager, samt at klagers hustru, ikke har noget kørekort.⁶⁶

Selskabet bemærker at bilen er købt umiddelbart efter, at sønnen er fyldt 18 år gammel, og de indtil dette tidspunkt, kun har haft én bil forsikret.⁶⁷

Selskabet gør gældende, at såfremt de havde været bekendt med disse risikoplysninger, at klagers søn er den primære bruger, så ville forsikringspræmien være anderledes udregnet.⁶⁸

3.4.3 Nævnets afgørelse

Nævnet finder, efter en gennemgang af sagen, at køretøjets primære bruger er klagers søn, og selskabet ville derved, hvis de havde de rette risikoplysninger, have opkrævet en markant højere præmie.

Nævnet bemærker, at det er alment kendt, at en præmie for en autoforsikringen, bliver udregnet ud fra brugerens risikoplysninger. Af denne grund, finder nævnet, at klager burde have oplyst, selskabet om de gældende risikoplysninger, således at forsikringspræmien, kunne blive udregnet efter disse.

Nævnet oplyser at denne fortællelse anses som groft uagtsomt.

⁶⁴ Ankenævnet for Forsikring kendelse 88.410

⁶⁵ Ankenævnet for Forsikring kendelse 88.410

⁶⁶ Ankenævnet for Forsikring kendelse 88.410

⁶⁷ Ankenævnet for Forsikring kendelse 88.410

⁶⁸ Ankenævnet for Forsikring kendelse 88.410

Slutlig kommer nævnet frem til, klager har givet urigtige risikooplysninger, ved indtegningen af forsikringen, hvorfor selskabet godt, i henhold til FAL §§6 og 7, er berettiget til at opgøre erstatningen efter et forholdsmæssigt skøn.

3.4.4 Analyse

Nævnet finder i denne sag, at klager søn er den primære bruger af bilen, idet det må antages at bilen er købt, til klagers søns brug. Den adskiller sig for kendelse 90.134, idet klagers søn i nærværende sag, faktisk må anses som eneste bruger. Endvidere er der, på klagers police, en klausul, hvori der står, at det kun er klager der må benytte bilen. Det er undtagelsesvidt i orden, at andre end klager benytter bilen.

Denne kendelse er et af de mange sager, omkring ejer/bruger forhold, hvor forsikringstagerne giver urigtige oplysninger ved indtegning. Selskaberne skal beregne præmien ud fra en risikovurdering, hvorfor det er essentielt, at de korrekte risikooplysninger bliver afgivet, således at selskabet har en reelle beregningsgrundlag.

3.5 Ankenævnet for Forsikring kendelse 88.103 – bilag 5

3.5.1 Sagens omstændigheder

Klager havde tegnet en indboforsikring hos GF Forsikring.

Klager er utilfreds med afvisning af dækning, samt at selskabet har opsagt forsikringen med tilbagevirkende kraft, fra tegningstidspunktet.⁶⁹

Selskabet har afvist at yde dækning, med begrundelsen at klager har afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med indtegnning af forsikringen. Selskabet kræver endvidere tidligere udbetaling tilbagebetalt.⁷⁰

Klager har den 25. juli 2014 kontaktet selskabet, og anmeldt at klager har været udsat for indbrud i sin lejlighed. I forbindelse med skadesanmeldelse, undersøgte selskabet klagers tidligere forsikringer og skadeshistorik.

Selskabet havde efter modtagelsen af klagers samtykke, taget kontakt til tidligere selskab. Dette selskab kunne oplyse, at selskabet havde opsagt klagers forsikringer med 14 dage varsel, efter reglerne om opsigelse, i forbindelse med en skadessag.⁷¹

Det nuværende selskab får også en tilbagemelding fra andet selskab, som oplyser at klager har haft to skadessager på sin indboforsikring. Hhv. Tyveri af taske og tyveri af cykel.

Selskabet kunne herefter konstatere, at der var blevet afgivet urigtige oplysninger ved indtegnning, idet klager havde noteret 0 skader inden for de sidste 3 år. Selskabet bemærker at skaderne for de andre selskaber ligger forud for de seneste 3 år. Men gør gældende at klager ej heller havde oplyst, at hun var blevet opsagt af andet selskab.

⁶⁹ Ankenævnet for Forsikring kendelse 88.103

⁷⁰ Ankenævnet for Forsikring kendelse 88.103

⁷¹ Ankenævnet for Forsikring kendelse 88.103

3.5.2 Anbringender og påstande

Selskabet fremlægger overfor nævnet klagers forsikringsbegæring, hvor klager har skrevet hvem tidligere selskab var, samt at klager ikke havde haft nogle skader.

Klager gør gældende, at hun var taget derind for at udfylde begæringen sammen med selskabets forsikringsrådgiver. Klager oplyser at det er selskabet der noterer klagers svar. Klager oplyser til rådgiveren, at de tidligere har haft et indbrud, hvorved klager herefter blev opsagt pga. For høj risiko.⁷²

Klager oplyser at de ikke var blevet gjort bekendt med forsikringsbegæringens indhold, hertil svarene fra forsikringstager.

Klager indsender en skrivelse omkring mødet med forsikringsrådgiveren. Selskabet bemærker dog, at denne skrivelse er meget detaljeret, taget i betragtning af, at mødes ligger ca. 2 ½ år forud for klagers anmeldelse af indbruddet.⁷³

Efter en gennemgang af sagen hos selskabet, oplyser selskabets rådgiver, at han ikke havde hørt om opsigelsen fra andet selskab, idet selskabets acceptregler lyder, at hvis forsikringstager er blevet opsagt i andet selskab, kan der ikke tilbydes forsikringer til vedkommende. Rådgiver lægger til grund, at klager underskriver, og ved underskrivelsen bekræfter klager rigtigheden ved forsikringsbegæringen.⁷⁴

Selskabet gør subsidiært gældende, at de ønsker tidligere udbetalt erstatning tilbagebetalt fra forsikringstager.

⁷² Ankenævnet for Forsikring kendelse 88.103

⁷³ Ankenævnet for Forsikring kendelse 88.103

⁷⁴ Ankenævnet for Forsikring kendelse 88.103

3.5.3 Nævnets afgørelse

Urigtige risikoplysninger:

Nævnet udtaler at klageren uagtsomt har afgivet urigtige risikoplysninger, ved ikke at oplyse, at klager var blevet opsagt i andet selskab.⁷⁵

Nævnet lægger endvidere til grund, at havde selskabet været bekendt med denne opsigelse, så ville selskabet ikke have tilbudt klager forsikringer hos dem.

Nævnet finder at selskabet har dokumenteret, at klageren ikke har oplyst de korrekte risikoplysninger overfor forsikringsrådgiveren.

Nævnet giver selskabet medhold i, at de berettiget har kunne opsiges klagers forsikringer med tilbagevirkende kraft fra tegningstidspunktet, jf. FAL § 6.

Tilbagebetaling af allerede udbetalt erstatning

Hvad angår tilbagebetalingen af allerede udbetalt erstatning, finder nævnet at reglerne vedr. *condictio indebiti*, fører til, at selskabet ikke kan kræve en tilbagebetaling⁷⁶.

Her lægger nævnet særligt vægt på, at det kun anses, at klager har givet urigtige risikoplysninger ved simpel uagtsomhed.

Klager har derved ikke været i ond tro, når det kommer til forholdet omkring berettiget erstatning.

Klager for derfor delvist medhold i denne sag.

⁷⁵ Ankenævnet for Forsikring kendelse 88.103

⁷⁶ Ankenævnet for Forsikring kendelse 88.103

3.5.4 Analyse

Denne nærværende sag belyser konsekvensen ved at afgive urigtige risikoplysninger, samt hvad selskabet kan gøre gældende, når de påberåber sig bestemmelserne i FAL § 6.

Selskabet fik medhold i at opsige forsikringen med tilbagevirkende kraft fra indtegnings tidspunktet. Idet selskabet havde løftet bevisbyrden for, at klager, ved simpel uagtsomhed havde afgivet urigtige risikoplysninger.

Nævnet finder dog ikke, jf. reglerne om *condictio indebiti*, at selskabet kan kræve allerede udbetalt erstatning tilbage.

Det følger af reglerne om *condictio indebiti*, at hvis selskabet ikke vidste, eller burde vide, at klager havde afgivet urigtige risikoplysninger, og derved har udbetalt en erstatning, uden at selskabet reelt var forpligtet til dette, kan selskabet kræve tilbagebetaling, såfremt at der foreligger et svigagtigt forhold.⁷⁷

Idet der i nærværende sag, kun foreligger en simpel grad af uagtsomhed, kan selskabet ikke kræve den allerede udbetalte erstatning tilbage.

⁷⁷ Jønsson, Henning & Kjærgaard, Lisbeth "*Dansk forsikringsret*" 9. Udgave, side 545

3.6 U.2006.1881./2.V - bilag 6

3.6.1 Sagens omstændigheder

Forsikringstager underskrev i januar 2001, en anmodning om nye forsikringer, på henholdsvis ulykke, hus, familie- og bilforsikring.⁷⁸

Forsikringstager underskrev blandt andet, at der ikke var stillet krav om skærpede vilkår, såsom en forhøjet præmie, og at forsikringstager ikke har haft nogen skader inden for de sidste 3 år.⁷⁹

Forsikringstagers tidligere selskab, har dog i 1999 varslet en forhøjelse af præmierne, grundet skadeshistorik, hvorfor forsikringstager derfor er blevet pålagt skærpede vilkår.⁸⁰

I forbindelse med en skade, forespurgte det nye forsikringsselskab, det tidligere selskab, om hvorvidt forsikringstager har haft nogle skader. Hertil bliver der oplyst, at der har været anmeldt 5 skader fra medio oktober 1998 til juli 2001. Derudover blev der oplyst at der var blevet pålagt skærpede vilkår, hertil forhøjelse fra præmie, grundet de 5 anmeldte skader.⁸¹

Selskabet påberåber sig derfor FAL §6, stk. 1, idet forsikringstager har afgivet urigtige oplysninger ved indtegnning. Dertil opsagde selskabet forsikringerne med tilbagevirkende kraft, grundet at selskabet ikke ville have tilbudt forsikringerne, såfremt forsikringstager havde oplyst de korrekte risikoplysninger.

På baggrund af afvisning, samt opsigelse af forsikringerne, har forsikringssager anlagt en et civil søgsmål mod forsikringsselskabet.

⁷⁸ U.2006.1881/2.V

⁷⁹ U.2006.1881/2.V

⁸⁰ U.2006.1881/2.V

⁸¹ U.2006.1881/2.V

3.6.2 Anbringender og påstande

Forsikringstager oplyser at han er bekendt med reglerne i FAL § 6, stk. 1. Han oplyser endvidere, at han ikke har afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med indtegningen.

Selskab gør gældende, at de ved forsikringsbegivenhedens anmeldelse, har taget kontakt til tidligere selskab, med en forespørgsel om forsikringstager, tidligere har haft nogen skader.

Hertil bliver der oplyst, som nævnt i tidligere afsnit, at der har været 5 skader inden for de sidste 3 år, men i alt er der anmeldt 9 skader, i perioden 1998 til 2002.⁸²

Selskabet gør herved gældende, at de ikke ville have tilbudt de pågældende forsikringer, hvis de havde kendt til de risikoplysninger, fra tidligere selskab.

Under sagen har forsikringstager afgivet forklaring. Hertil er der afgivet forklaring af P, som har været ude ved forsikringstager, med henblik på at skifte forsikringsselskab.

P forklarer at han ved sit besøg, havde udarbejdet en forsikringsbegæring på sin computer, sammen med forsikringstager.

P forklare ydermere at han kun er blevet oplyst af forsikringstager, at han har haft to glasskader på sin bil, samt at hvis han havde vidst at forsikringstager havde haft de andre oplyste skader, så ville han ikke have tegnet forsikringerne.

⁸² U.2006.1881/2.V

3.7 U.2004.1572.H – Bilag 7

3.7.1 Sagens omstændigheder

A afgav i 1989 urigtige oplysninger til forsikringsselskabet F, i forbindelse med en personforsikring. A have oplyst at han ikke var blevet undersøgt eller behandlet på røntgenklinik, fysiurgisk klinik eller hos speciallæge.⁸³

A havde i 1985 modtaget 3 behandlinger på en fysiurgisk klinik, og havde i 1986 fået foretaget en røntgenundersøgelse, og var derefter blevet behandlet 3 gange af en speciallæge, fordi A led af nakke-, skulder- og rygproblemer.⁸⁴

A var i 1990 impliceret i et færdseluheld, hvorfor han fik nedsat sin erhvervsevne med 65 %. F ændrede efterfølgende forsikringsaftale, således at den ikke omfattede invaliderente. Dette skyldes at F ikke ville have tilbudt denne dækning, såfremt at A havde oplyst om de faktiske forhold, angående de undersøgelser og behandlinger, som A havde fået foretaget.

3.7.2 Anbringender og påstande

A havde påstået at F skulle anerkende, at A og F havde indgået en gyldig aftale, således at F ikke kunne ændre i forsikringsaftalen.

F har med henvisning til FAL § 6, ændret As forsikringsaftale med tilbagevirkende kraft, grundet at A havde afgivet urigtige oplysninger ved indtegningen. F gør gældende, at såfremt at A havde afgivet rigtige oplysninger, så ville F ikke have tilbud dækning for invaliditet.

A har i sin påstand oplyst, at der var tale om almindelige gener, og at A ikke havde fået stillet en diagnose ved indtegningen.

⁸³ U.2004.1572.H

⁸⁴ U.2004.1572.H

I sagen bliver der fremlagt en skrivelse fra As praktiserende læge, hvorefter det fremgår, at A har smerter i venstre skulder, hvorfor der bliver foretaget en række blodprøver, samt at der bliver henvist til en fysioterapeut, og at der bliver ordineret smertestillende medicin.⁸⁵

Der er stadig tiltagende smerter i lænden, som breder sig til nakken, hvorfor mistanken om gigt ikke kan udelukkes.

F fremlægger forsikringsbegæringen fra 1988, hvori der stilles spørgsmålet, om hvorvidt A har været indlagt, behandlet eller undersøgt på sygehus, ambulatorium, e.l., herunder røntgenklinik og fysiurgisk klinik.⁸⁶

Denne begæring blev besvaret af As hustru med underskrivelse af A.

I forbindelse med færdselsuheldet, indhenter selskabet F, helbredsoplysninger om A. Ud fra disse, kan de se at A tidligere, har været i behandling for ryg-, - nakke- og skulder problemer.

A har i sin argumentation oplyst, at det ikke var A selv der udfyldte dette, og derfor ikke var blevet gjort bekendt med spørgsmålet omkring de førnævnte undersøgelser.⁸⁷

As hustru B kommer med sin vidneforklaring, hvori B udtaler, at hun ikke kunne huske at A havde været undersøgt, ej heller at A havde smerter. B udtaler endvidere, at hun ikke stod for udfyldelsen af begæring, kun de formelle detaljer, såsom navn, adresse mv.⁸⁸

⁸⁵ U.2004.1572.H

⁸⁶ U.2004.1572.H

⁸⁷ U.2004.1572.H

⁸⁸ U.2004.1572.H

3.7.3 Rettens udtalelser

Landsretten udtaler, at A blev efter henvisning af egen læge, er blevet behandlet for betændelsestilstand i højre skulder.⁸⁹

A for efterfølgende smerter i venstre skulder, hvorfor A bliver henvist til røntgen.

Landsretten finder, at A burde have indset, at de oplysninger han afgav var urigtige, hvorfor A havde handlet uagtsomt, ved at undlade at oplyse om de nævnte behandlinger.⁹⁰

Landsretten ligger endvidere til grund, at F ville have indhentet yderligere helbredsoplysninger, hvis A havde svaret sandfærdigt.

Landsretten konkluderer at A har afgivet urigtige oplysninger, hvorfor Landsretten frifinder selskabet F i As påstande.⁹¹

Dommen bliver herefter anket, og indbragt for Højesteret.

I bedømmelsen hos Højesteret, deltager fem dommere.

Højesteret lægger vægt på, at undersøgelserne kun lå nogle få år forud, for indtegning af forsikringen, samt lægger retten vægt på indholdet, af helbredsjournalen fra lægen.

Højesteret stadfæster Landsrettens afgørelse, hvorfor F godt kan ændre i As forsikringsaftale med tilbagevirkende kraft, grundet at A, ved forsikringsaftalens indgåelse, havde afgivet urigtige oplysninger

⁸⁹ U.2004.1572.H

⁹⁰ U.2004.1572.H

⁹¹ U.2004.1572.H

3.7.4 Analyse

Nærværende sag tager stilling til, om hvorvidt forsikringstager burde vide, at forsikringsselskabet muligvis ikke ville gå i fuld dækning, såfremt at de korrekte oplysninger var afgivet.

Retten siger at det at, forsikringstager handler uagtsomt, gør at selskabet, i dette tilfælde, godt kan ændre i forsikringsaftalen med tilbagevirkende kraft.

Der er derfor ikke tale om at forsikringstager skal have handlet groft uagtsomt, men blot at der er tale om en grad af uagtsomhed. I det de fortiede oplysninger var af så væsentlig en betydning for risikovurderingen.

3.8 U.2012.1031.Ø – bilag 8

3.8.1 Sagens omstændigheder

A og B havde i oktober 2007, tegnet en familieforsikring og autoforsikring hos selskabet C. I forbindelse med indtegningen, havde C stillet nogle spørgsmål i forsikringsbegæringen:

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

Spørgsmål 2: ”Har du/I tidligere fået tvungen højere præmie/selvrisiko i andet forsikringsselskab inden for de sidste 3 år?” Svar: Nej

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

Spørgsmål 4: ”Hvor mange skader har du/I haft de sidste 3 år? Svar: 0”⁹²

A og B for efterfølgende i 2007 indbrud, hvorved de fik stjålet og ødelagt indbo, og fremsatte et erstatningskrav på 500.000 kr. Til C.

C kontaktede, i forbindelse med skadesbehandlingen, A og B's tidligere selskab D. D kunne oplyse at B, i 2007, havde haft 3 skader på sin bil, samt at han var i restance hos D på 9.000 kr.

⁹³ På baggrund af denne information, valgte C at opsige forsikringerne med tilbagevirkende kraft, fra ikrafttrædelsestidspunktet jf. FAL § 6, stk. 1.

3.8.2 Anbringender og påstande

A og B havde ved indtegningen besøg af C's assurandør. Denne assurandør oplyste, at han ikke var gjort bekendt med A og B's tidligere skader, samt at de var i restance til D.

Assurandøren oplyste at C's acceptregler var således, at hvis man var i restance hos andet selskabet, så ville man ikke kunne tegne forsikringer, før restancen var betalt. ⁹⁴

⁹² U.2012.1031.Ø

⁹³ U.2012.1031.Ø

⁹⁴ U.2012.1031.Ø

C gør herefter gældende, at A og B havde afgivet urigtige risikoplysninger i forbindelse med indtegning af forsikringerne.

B forklarer i retten, at der ikke var tale om belastende skader, idet der var tale om en skyldig modpart. Hvorfor de ikke mener, at denne skade skulle tælle med. B fortæller endvidere, at der var indgået en aftale med D, omkring en afdragsordning, hvilket B overholdte. B gør endvidere gældende, at han oplyste C's assurandør omkring de førnævnte omstændigheder.⁹⁵

A og B gør derfor gældende, at C havde opsagt deres forsikringer uberettiget, samt at de ikke havde fortiet oplysninger jf. FAL § 6, stk. 1. A og B mener endvidere ikke at C ville have nægtet at tegne forsikringerne, såfremt at de var fuldt bekendt med det ovennævnte.⁹⁶ 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. Tværtimod udtaler E, som er tidligere ansat i IF, at ved to tidligere skader, ville dette stadig være inde for C's acceptregler, hvorfor C ville have indtaget A og B, såfremt de havde oplyst omkring de to tidligere anmeldte skader⁹⁷

3.8.3 Rettens udtalelser

I Byretten fandt retten, at A og B havde afgivet urigtige risikoplysninger jf. FAL § 6.⁹⁸

Østre Landsret kommer dog ikke til samme konklusion. Retten finder, at efter en naturlig sproglig fortolkning af spørgsmål 4, kan det ikke tilregnes som uagtsomt, fra B side, ved ikke at oplyse om den ikke belastende skade.⁹⁹ Retten lægger vægt på udtalelsen fra E, hvorfor at det måtte antages, at forsikringen ville være tegnet, såfremt at A og B, havde oplyst de to tidligere anmeldte skader.¹⁰⁰

⁹⁵ U.2012.1031.Ø

⁹⁶ U.2012.1031.Ø

⁹⁷ U.2012.1031.Ø

⁹⁸ U.2012.1031.Ø

⁹⁹ U.2012.1031.Ø

¹⁰⁰ U.2012.1031.Ø

På baggrund af ovenstående, fandt retten, at C havde uberettiget opsagt A og B's familieforsikring, med tilbagevirkende kraft fra ikrafttrædelsestidspunktet. C skulle derfor anerkende, at A og B havde været udsat for en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed, i forsikringstiden.

3.8.4 Analyse

Nærværende sag, viser at et forsikringsselskab, kun er fri for ansvar, hvis denne ikke ville have indtegnet forsikringen, med de korrekte oplyste risikoplysninger.

Ydermere ses det af dommen, at såfremt at et forsikringsselskab, vil påberåbe sig bestemmelsen i FAL § 6, stk. 1 og 2, så påhviler det forsikringsselskabet, at løfte bevisbyrden, ikke blot for at forsikringstager, har afgivet urigtige risikoplysninger, men også at forsikringsselskabet, ikke ville have overtaget dennes risiko, såfremt der var blevet oplyst de korrekte risikoplysninger, ved indtegningen af forsikringen.

Kapitel 4 - Diskussion

I dette kapitel bliver der diskuteret bevisbyrden for selskaberne, når de vil påberåbe sig FAL § 6.

Specialets hovedemne har været FAL § 6, og den bevisbyrde der påhviler forsikringsselskaberne, når disse vil påberåbe sig ansvarsfraskrivelsen i FAL § 6.

Som nævnt i første kapitel ses der en tendens til, at selskaberne påberåber sig FAL § 6, fremfor FAL § 4, om svigagtige oplysninger. Dertil kommer at bevisbyrden for urigtige oplysninger er mere lempelige, frem for ved svigagtige oplysninger.

Som nævnt i tidligere kapital, i domsanalysen af U.2004.1572.H, så kræver det blot at forsikringstager har handlet uagtsomt, hvor ved svigagtige oplysninger, kræver det forsæt.

Det kan endvidere diskuteres, den bevismæssige situation, når selskaberne indtegner per telefon, og hvad der skal til, før at de kan gøre urigtige oplysninger gældende.

Denne diskussion tager afsæt i mundtlige samtaler. Det kan for forsikringsselskaberne være vanskeligt, at gengive forsikringstagers udsagn, hvis ikke der foreligger en optagelse, at den pågældende samtale.

Ankenævnet for Forsikring (efterfølgende kaldt Nævnet), har i deres praksis udvist kritik af selskaberne, når de vil påberåbe sig urigtige risikoplysninger, når der er tale om oplysninger, der er nedskrevet af selskabet selv, uden at forsikringstager har haft mulighed for at gennemgå disse oplysninger. Jf. Ankenævnet for Forsikrings praksis.

Det er vigtigt for forsikringsselskaberne, at de gør forsikringstager opmærksom på de udfyldte risikoplysninger, samt konsekvensen ved at afgive urigtige risikoplysninger.

Fordelene ved denne metode, er dog at forsikringsselskaberne, har mulighed for at forklare og formulere spørgsmålene, sådan at de er forståelige for forsikringstager. Således kan der undgås misforståelser samt fejlfortolkning af spørgsmålene.

Et eksempel på dette kunne være når forsikringsselskaberne spørger forsikringstager, om de har haft nogle skader i tidligere selskaber.

Det ses at forsikringstager misforstår dette, ved at de ikke anser, at en ikke dækningsberettiget forsikringsbegivenhed, også skal oplyses. Hertil kommer også ansvarsskader, idet forsikringstager måske ikke anser dette som værende en skade, da skylden ligger ved en modpart.

Her kan dommen U.2012.1031.Ø tages med i en betragtning. Det ses i U.2012.1031.Ø, at der ikke er tale om en belastende skade, når der er tale om en skyldig modpart, hvor modpartens forsikringsselskab, anerkender 100 %. ¹⁰¹

Derved kan det ikke siges, at selskaberne helt skal se bort fra disse ansvarsskader. Der er stadig tale om en risiko, som forsikringsselskabet må bære, uanset skyld. Dette beror igen på en konkret vurdering, ud fra selskabets acceptregler.

Det ses i praksis, at selskaberne har en tendens til at påberåbe sig FAL § 6, fremfor FAL § 4, idet graden af uagtsomhed er mindre ved FAL § 6.

Selskaberne ønsker en ”vindesag” i nævnet, hvorved det kan være nemmere, at løfte bevisbyrden for at forsikringstager afgiver urigtige oplysninger, med en grad af uagtsomhed, fremfor svigagtige oplysninger, hvor ansvarsgrundlaget er forsæt.

Når bevisbyrden skal løftes, for at forsikringstager har afgivet urigtige oplysninger, findes der en række metoder. Den mest anvendte metode, er en forespørgsel ved tidligere selskaber.

Denne forespørgsel sker typisk i forbindelse, med behandlingen af en anmeldt forsikringsbegivenhed, hvorved selskaberne indhenter samtykke fra forsikringstager, til kontakt til tidligere selskab. Hertil kan de allerede ved de evt. Modtagende informationer, sammenholde forsikringsbegæringen, som forsikringstager har udfyldt, med de informationer de for fra tidligere selskab.

¹⁰¹ U.2012.1031.Ø

Dette efterforskningsskridt, ses som det mindst indgribende, men dette kan være nok til at oplyse selskaberne, om forsikringstager har afgivet urigtige oplysninger, ved forsikringsaftalens indgåelse.

Når det kommer til ulykkesforsikringen, vil man typisk i forbindelse med en skadessag, indhente lægelige oplysninger. Hertil kan det ses, om der har været noget forud bestående, enten i form for tidligere diagnose, eller undersøgelser ved lægen. Her har selskaberne også mulighed, med forsikringstagers samtykke, for at indhente yderligere lægelige oplysninger, således at det kan belyses, hvorvidt forsikringstager har afgivet urigtige oplysninger. Dette kommer dog helt an på, hvordan forsikringsbegæringen er udformet.

I forbindelse med specialet, har jeg undersøgt de forskellige forsikringsbegæringer på henholdsvis indbo, auto og ulykkesforsikring. Hertil er jeg blevet oplyst hvilke risikoplysninger, som forsikringsselskaberne bruger, til beregning af præmie, samt risikovurdering.

Selskaberne der har medvirket er Tryg Forsikring, Alka, TopDanmark og Codan

Tilfælles er der at de alle spørger ind til antal tidligere anmeldte skader, dette gælder uanset hvilken forsikring man kigger på.

Kun Tryg Forsikring optager ikke samtalen, og hertil er det Trygs egne forsikringsrådgivere, der udfylder forsikringsbegæringen, hvortil de sender denne ud, og beder forsikringstager om at bekræfte at de udfyldte spørgsmål er korrekte.

Ved Codan og TopDanmark sendes en forsikringsbegæring ud, hvortil forsikringstager selv skal udfylde spørgsmålene. Herefter vil pris blive beregnet, på baggrund af de givne svar.

Det er derved både hos Alka, Codan og TopDanmark nemmere for dem, at løfte bevisbyrden for hvad der er blevet sagt ved indtegningen. Idet man vil kunne gå tilbage og genhøre samtalen.

Som nævnt tidligere i dette afsnit, så skærpes den bevisbyrde, som selskaberne skal løfte, hvis det er, at selskabet selv har indtastet oplysningerne, og der ikke foreligger nogen optagelse af samtalen. Dette skyldes også at der er tale om en forbrugerbeskyttelse, såfremt at et selskab vil påberåbe sig § 6.

Kapitel 5 – Konklusion

Problemformulering for dette speciale er:

Hvornår er selskabet fri for ansvar, når forsikringstager giver urigtige oplysninger ved indtegningen.

- *Hvad er konsekvensen for forsikringstager ved at give urigtige oplysninger.*

Ud fra analysen af de forskellige kendelser fra nævnet, samt fra retspraksis, så gælder der de samme regler, hvis selskaberne vælger at indtegne via samtale, eller med en skriftlig begæring. Forskellen ligger dog i, at det er svære for selskaberne at løfte bevisbyrden, for at forsikringstager har afgivet urigtige oplysninger, hvis forsikringen er indtegnet pr. Telefon. Til støtte for denne bevisbyrde benytter hoveddelen af de danske forsikringsselskaber, optagelser af samtalen, således at hvis de vil gøre urigtige oplysninger gældende, så kan de gå tilbage til denne samtale, og høre om hvorvidt forsikringstager har svaret sandfærdigt.

Hvis et selskab vil gøre FAL § 6 gældende, kræver det blot en simpel grad af uagtsomhed, før forsikringstager har afgivet urigtige oplysninger.

Dog beror vurderingen om hvorvidt selskabet er fri for ansvar på, om selskabet, hvis disse var bekendt med de korrekte risikooplysninger, alligevel ville have indtegnet forsikringen. Såfremt at selskabet gerne ville have indtegnet forsikringstager på samme vilkår, så vil selskabet ikke kunne gå fri for ansvar.

Hvis selskabet derimod ville have indtegnet forsikringstager på andre vilkår, eller til en højere præmie, så kan erstatningen nedsættes. Der skal ud fra praksis, en del større ansvarsgrundlag til, før selskabet helt er fri for ansvar. De urigtige risikooplysninger skal have en hvis større betydning, hvis erstatningen skal bortfalde.

I dette speciale er der analyseret på indbo-, auto-, og ulykkesforsikringer. Hertil på autoforsikringerne ses det at det er ejer-bruger forholdet. Hvor forsikringstager afgiver urigtige oplysninger, angående hvem den primære bruger på bilen er.

Det påhviler selskaberne at ved indtegning over telefon, at selskaberne skal gøre forsikringstager opmærksom på de besvarede risikoplysninger, og skal opfordre forsikringstager til at gennemgå disse, for at sikre at de er korrekte, inde accept af aftale. De skal endvidere oplyse om konsekvensen ved at afgive urigtige oplysninger. Således at forsikringstager er bekendt med disse samt reglerne i Forsikringsaftaleloven. Hertil bestemmelserne i §§4-10.

Litteraturliste

Bøger

- Munk-Hansen, Carsten: "Retsvidenskabsteori", Jurist- og økonomforbundet 2014.
- Jønsson, Henning & Kjærgaard, Lisbeth "*Dansk forsikringsret*" Jurist- og økonomforbundet 9. Udgave
- Sørensen, Ivan "*forsikringsaftaleloven med kommentar* " Jurist- og økonomforbundet 1. Udgave
- Sørensen, Ivan "*forsikringsret* " Jurist- og økonomforbundet 6. Udgave

Hjemmesider

- www.ankeforsikring.dk

Domme

- U.2006.1881./2.V – bilag 6
- U.2004.1572.H – bilag 7
- U.2012.1031.Ø - bilag 8

Ankenævnet for Forsikrings kendelser

- 90.134 – bilag 1
- 89.294 – bilag 2
- 90.024 – bilag 3
- 88.410 – bilag 4
- 88.103 – bilag 5

Bilag

Bilag 1**Ankenævnet for Forsikring**

Den 25. oktober 2017 blev i sag nr. 90134:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

LB Forsikring A/S
Farvergade 17
1463 København K

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har bilforsikring med kaskodækning i LB Forsikring A/S. Han klager ved sin advokat over, at selskabet har afvist at yde dækning for den forsikrede bil i forbindelse med et anmeldt færdselsuheld, hvor den forsikrede bil var impliceret. Han klager endvidere over, at selskabet har opsagt forsikringen med dertil knyttede vilkårs- og præmieændringer.

Selskabet har opsagt kaskoforsikringen med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet og har afvist at yde forsikringsdækning for skaderne på den forsikrede bil med henvisning til, at klagerens barn er den faste bruger af bilen, og at selskabet ikke ville have tegnet kaskoforsikringen, såfremt de rigtige oplysninger var oplyst på tegningstidspunktet.

I bilag til klageskema af 11/1 2017 til nævnet har klagerens advokat bl.a. anført:

"[Klagerens barn], kørte galt i [klagerens] bil den 11. juli og der afvises fra selskabets side dækning med henvisning til, at [klagerens barn] efter deres opfattelse skulle have været registreret som bruger, endvidere opsiges forsikringen med tilbagevirkende kraft, alt sammen under henvisning til Forsikringsaftalelovens § 6.

Afgørelsen indbringes for den klageansvarlige, der den 16. august 2016 meddeler at afgørelsen fastholdes.

Der anmodes fra undertegnede side om genoptagelse og den klageansvarlige afviser igen dækning den 16. september 2016. 51

Begrundelsen for afvisningerne er hele vejen igennem den samme, at bilen efter selskabets opfattelse ikke er indkøbt og forsikret primært til [klagerens] brug, og at [klagerens barn] derfor skulle have været anført som bruger.

Som det ses af den vedlagte korrespondance, følger det af [klagerens] forklaring, at bilen er indkøbt til hans husstands brug, med ham som primær bruger, og at det tillige er sådan det har været praktiseret.

Bilen er primært anvendt af [klageren], men tillige af [klagerens barn] lejlighedsvis, hvilket også gør sig gældende for [klagerens] kone og svigermor.

Der er efter min opfattelse hverken belæg eller dokumentation for selskabets afgørelse, og det er påstanden, at selskabets skal tilpligtes, dels at udbetale erstatning for den skadede bil og dels at trække opsigelsen af forsikringen med dertil knyttede vilkårs og præmieændringer tilbage."

Selskabet har i brev af 1/2 2017 til nævnet bl.a. anført:

"Sagen omhandler, hvorvidt vi, jf. forsikringsaftalelovens § 6, har været berettigede til at omtegne vores medlems bilforsikring med tilbagevirkende kraft pga. urigtige oplysninger om brugerforholdene.

Vores medlem havde fra 12. juli 2001 og frem til 21. juli 2014 alene én bil forsikret hos os, hvorefter han pr. 21. juli 2014 indregistrerede en ... som bil nr. 2 – med sig selv som eneste ejer og bruger. Vores medlems [barn] blev 18 år den 30. juli 2014.

Vi modtog den 12. juli 2016 en anmeldelse af, at vores medlems [barn] dagen forinden, kl. 08:27 var forulykket i den omhandlende bil. Vores medlem anførte i anmeldelsen, at hans [barn] førte bilen i [hans/hendes] egenskab af fast bruger. Da vores medlem gav en tilsvarende oplysning om brugerforhold til vores taksator, blev sagen overdraget til vores skadekonsulent, således at denne kunne foretage nærmere undersøgelser af de korrekte brugerforhold.

Vores skadekonsulent kontaktede den 21. juli 2016 vores medlem, for at spørge nærmere ind til, hvem der var den reelle bruger af den omhandlende bil. Under samtalen med vores skadekonsulent oplyste vores medlem om bilen; *'jeg kører ikke i den, min kone kører i den'*. Vores medlem oplyste videre omkring [barnets] brug af bilen; *'ja, [ham/hende] er den der bruger den mest, men om [han/hun] er fast bruger, det er jo et definitionsspørgsmål'*. Vores medlem oplyste omkring [barnet]; *'[han/hun] er den der bruger den mest, det er ikke noget med at være hovedbruger. Hvis [han/hun] bruger den 60%, så er [han/hun] da ikke hovedbruger, vel?'*

Ud fra vores medlems oplysninger i både skadeanmeldelsen, til vores taksator samt senere til vores skadekonsulent, var [klagerens barn] den primære bruger af bilen. Vores medlems [barn] brugte bilen til at køre frem og tilbage mellem hjemmet i [by 1] og først gymnasiet i

[by 2] og senere sin læreplads i [by 2]. Dertil kommer, at vores medlem og hans hustru kun havde 800 meter til deres fælles arbejdsplads, hvorfor de ikke havde et dagligt behov for to biler.

Som følge af oplysningerne i sagen opsigte vi kaskoforsikringen med tilbagevirkende kraft, jf. forsikringsaftalelovens § 6 og afviste følgelig at dække den anmeldte skade.

Af SKATs vejledning til registrering af motorkøretøjer er det defineret, hvem der skal registreres som bruger af en bil. Af vejledningen fremgår:

'Ved bruger forstås den person, der har varig rådighed over køretøjet. Det vil sige den person, der er ansvarlig for køretøjet og dagligt benytter det.'

Efter fornyet gennemgang af sagen må vi fastholde, at vores medlems [barn] var den reelle bruger af bilen. Dette understøttes af oplysninger fra vores medlem om, at hans [barn] anvendte bilen ved kørsel til og fra skole og senere sin læreplads.

Bauta Forsikring er et medlemselskab, hvortil man skal være medlemsberettiget for at tegne en kaskoforsikring. I 2014 var det end ikke muligt for hjemmeboende børn, at tegne kaskoforsikringer i selskabet. Da vores medlems [barn] var gymnasieelev på indtegningstidspunktet, har vi ikke anledning til at tro, at [han/hun] på daværende var selvstændigt medlemsberettiget. Vi ville derfor have afvist at tegne kaskoforsikring for bilen, såfremt vi ved indtegningen havde været bekendt med, at vores medlems [barn] var den primære bruger af denne.

Vi har efterfølgende, fra den 2. februar 2015, åbnet for muligheden for, at vores medlemmers hjemmeboende børn kan tegne kaskoforsikringer. Dette ændrer dog ikke noget i nærværende sag, da vores medlems [barn] aldrig har været registreret som primær bruger af bilen.

Vi må herefter fastholde, at vi har været berettigede til at opsige kaskoforsikringen med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet jf. forsikringsaftalelovens § 6 og følgelig afvise at yde dækning til den anmeldte skade."

Klageren har i brev af 9/2 2017 til nævnet bl.a. anført:

"Vi har gennemlæst Bautas svar af 01-02-2017 og har følgende kommentarer:

1. Hvordan kan en skadeskonsulent på ... vurdere, om vi har behov for en, to eller flere biler i vores husstand? Vi har været kunder i 27 år – altid betalt vores kontingenter, forsikret i hele husstanden, hele familien, forsikret i vores forretning, og nu skal vi straffes for at være nødsaget til, på trods af en ringe økonomi at have to biler, da den offentlige transport ikke fungerer i [landsdel].

Hvis I vil kaste et blik på samtlige husstande i [by 1] og omegn, har de arbejdsdygtige familier 2 eller flere biler i husstanden, fordi mange arbejder udenfor byen, har børn på

uddannelsesinstitutioner i byerne 20-25 km væk, og en offentlig transport som ikke kører efter kl. 17.00 eller med kun en afgang i weekenden. Det giver en kæmpe udfordring, og hæmmer i forvejen mange familier med teenagebørn i at deltage på samme vilkår i arrangementer, som dem der bor i de større byer hvor skolerne ligger og det sociale foregår.

Det er svært nok at bo i en lille by, hvor der kommer turister til to måneder om året, men at skulle kriminaliseres for at anskaffe sig en ekstra bil i husstanden, det finder jeg usmageligt. At vi knap nok har råd til denne ekstra udgift er da en prioritering vi som familie tager, og har taget af nød – ikke af lyst, og beslutningen tages slet ikke af en skadeskonsulent fra Bauta, som formentlig ikke har transportproblemer.

2. Det virker som om at Bauta har ræsonneret sig frem til, at vores husstand ([klageren og klagerens hustru]) skulle have betalt bilen og forsikringen, så [klagerens barn] frit kunne benytte den. Eller at [klagerens barn] har købt bilen og vores husstand skulle betale forsikringen. Dette er helt forkert og set fra vores synsvinkel helt udokumenteret. Vi har vedlagt vores personlige indkomst for 2014 og 2015. Her er ikke råd til at forære eller sponsere en studenterbil. [Klagerens barn] var på lav SU (ca. 1700 kr./månedligt) så [han/hun] har ej heller råd til at købe og benytte en ny bil.

Løsningen blev et kompromis med brugerne af bilen: [klageren] (Ejer), [klagerens barn] (Skadeslidte) og ... (Mor til [klagerens hustru] bosiddende i [by 1]) hvor alle betaler en 1/3 del af omkostningerne og vedkommendes forbrug, med [klageren og klagerens hustru] stående som ejere.

Beskrivelse af vores kørselsbehov:

Vi har eget parcelhus i [by 1], og egen butik i [by 1], hvor både [klageren og klagerens hustru] arbejder som ejer og medhjælpende ægtefælle. Vi har dagligt daglig kørsel til butik, da vi har varelager i hjemmet og dagligt transporterer dyrt – og tungt ..., der ikke kan bæres på ryggen i en rygsæk eller i regnvejr i en cykelkurv. Flere gange årligt kører vi på messer i forbindelse med ...indkøb og ...messer i ... og ... Da vi har webshop i butikken, kører vi dagligt på posthuset med pakker, som heller ikke kan bæres eller slæbes, eller ligge i en cykelkurv.

[Klagerens hustrus] mor ... [i 70'erne] (...) uden formue betaler for hendes brug af bil nr. 2 da hun i en lang periode selv var uden bil, og ofte skulle til ..., hvor [klagerens hustrus] familiemedlem] med familie bor.

[Klagerens barn] skulle i skole (...), og senere til sin læreplads på ...(Se data for pkt. 2). Grunden til at der er angivet FAST BRUGER for [klagerens barn], er det indviklede brugerforhold som beskrevet i pkt. 2. Bilens ejer er [klageren og klagerens hustru], som betaler alle regninger. Ved henvendelse til Bautas kundeoplysning, kunne vedkomne ej heller komme med et fornuftigt bud på om [klagerens barn] var fast bruger eller bruger.

[Klageren] har brug for bil nr. 2 når han 2 gange om måneden besøger sin syge mor i [by 3] i weekenden. (Se data for pkt. 2)

3. Hvem er fast bruger og hvem bruger bilen mest? Se venligst data for pkt. 3 nederst på siden. [Klagerens barn] som bruger bilen 760 minutter og kører gennemsnitligt 808 km hver måned, eller [klageren], som bruger bilen 1612 minutter og kører 1880,80 km hver måned? Der er ikke medregnet kørsel for [klagerens svigermor] og eller små ærinder med bilen. Vi mener at det er [klageren] som bruger bilen mest og kører længst, og derfor burde være fast bruger. Krydset i skadesanmeldelsen blev sat efter rådgivning af forsikringsselskabet. Bilen burde karakteriseres som en delebil eller lignende begreb.

4. [Klagerens] udtalelser som er refereret i svarskrivelsen fra Bauta er fra en telefonsamtale med en skadeskonsulent fra Bauta få dage efter ulykken hvor vi var tæt på at miste [klagerens barn]. Opkaldet kom ned til vores butik mellem masser af kunder og uden forklaring på formålet. Ej heller at samtalen blev optaget. Meget uetisk i mine og de fleste andres øjne. Skadeskonsulenten kunne ikke være i tvivl om, at han talte med en påvirket, oprevet og meget stresset forælder. Resultatet (Afslaget) blev tilsendt uden mulighed for kommentarer 18 timer efter samtalen, og uden mulighed for indsigelse eller forklaring af argumenter. Lidt sagsbehandling samt Google af adresser, så var beslutningen taget. Afleveret kl. 13.03 og sagsbehandleren gik på sommerferie kl. 13.00. Hurtig sagsbehandling.

5. Vi anerkender at [klagerens barn] ikke er medlem af ... eller lignende fagforening, der berettiger [ham/hende] til at være fast bruger og dermed forsikringstager. Men [han/hun] var en del af vores husstand og selvfølgelig nævnt i alle andre forsikringstyper vi også havde i Bauta. Vi mener derfor, at vi er berettiget til fuld dækning at den skadesanmeldte bil, måske med et fradrag der ville gøre [klagerens barn] til fuldt forsikret barn i husstanden som trådte i kraft et år efter vi tegnede forsikringen. Vi mener ikke at Bauta kan Google, udlede, konkludere og sagsbehandle som de har gjort. Vi kan dokumentere at hverken vi som husstand eller [klagerens barn] som student har råd til bil nr. 2. Derfor vores deleordning."

Klageren har i bilag til brev af 9/2 2017 til nævnet bl.a. anført:

"Kørselsmønster for [klagerens barn] og [klageren]:

[Klagerens barn]: $4 \times 5 \times 40,4 \text{ km. } (2 \times 20,0) = 808 \text{ km/månedligt}$. Kraks opmåling. Ikke taget højde for fridage/ferie.

$4 \times 5 \times 38 \text{ min. } (2 \times 19) = 760 \text{ min./månedligt}$. Kraks udregning. Ikke taget højde for fridage/ferie.

[Klageren]: $2 \times 2 \times 470,2 \text{ km. } = 1880,80 \text{ km/månedligt gennemsnitligt alt efter mors helbred. Iht. Krak.}$

$2 \times 2 \times 403 \text{ min. } = 1612 \text{ min./månedligt gennemsnitligt alt efter mors helbred. Iht. Krak.}$

Selskabet har i brev af 1/3 2017 til nævnet bl.a. anført:

"Vi skal indledningsvist anføre, at vi absolut har forståelse for, at mange familier har behov for to eller flere biler, for at få deres hverdag til at hænge sammen. Dette er der intet

forkert i, når blot bilerne indregistreres korrekt og forsikringerne tegnes, så dækninger og præmie afspejler den reelle risiko. Dette er netop udfordringen i denne sag, hvor vores medlem med sin indregistrering har givet os et forkert billede af den reelle risiko ved at have den omhandlende bil forsikret.

Vores medlem har tidligere over for vores skadekonsulent oplyst, at hans [barn] var den, der brugte bilen mest. Dette understøttes af, at vores medlem nu bekræfter, at hans [barn] har brugt bilen til og fra skole/arbejde fem dage om ugen.

Vores medlem oplyser nu derudover, at han har brugt bilen to gange om måneden til kørsel fra [by 1] til [by 3] – 940 km. pr. gang. Vi stiller os uforstående herover for, da denne kørsel ikke er forenelig med bilens kilometerstand på skadetidspunktet. Bilen blev indregistreret første gang den 21. juli 2014 og bilen havde på skadedatoen den 11. juli 2016 kørt 27.025 km. Vores medlem har selv opgjort [sit barns] kørsel til 808 km pr. måned, hvilket svarer til 19.392 km i bilens levetid. Dette betyder, at bilen herudover alene er ført ca. 7.600 km fordelt på to år – udover [barnets] daglige kørsel.

Vi må herefter fastholde, at vores medlems [barn] var den reelle bruger af bilen samt at vi har været berettigede til at opsige kaskoforsikringen med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet jf. forsikringsaftalelovens § 6 og følgelig afvise at yde dækning til den anmeldte skade.

Vi er desværre i forbindelse med vores gennemgang af sagen blev opmærksomme på, at vores medlem aldrig har modtaget kaskopræmien retur. Denne vil blive udbetalt snarest muligt – med tillæg af renter."

Klagerens advokat har i brev af 18/4 2017 til nævnet bl.a. anført:

"Med hensyn til antal kørte kilometer i bilen har min klient ikke ført kørebog.

Min klients udregnede kørselseksempel var et eksempel på deres kørselsmønster.

Min klient havde ikke taget højde for følgende:

- [Klagerens barn] havde ferie i 2 x 6 uger
- [Klagerens barn] havde skoleophold på ...skolen i ... i 3 x 7 uger, hvor [han/hun] fløj til og fra
- som ...års elev har [klagerens barn] 1 ugentlig studiedag i hjemmet
- [Klagerens barn] har haft samkørsel med kollegaer til og fra [hans/hendes] midlertidige arbejdsplads i ...
- med hensyn til besøg hos min klients mor var der en periode på 3 måneder, hvor hun var i midlertidig bedring og hvor min klient kun besøgte hende 1 gang månedligt"

Selskabet har i brev af 27/4 2017 til nævnet bl.a. anført:

"Vi må fastholde, at vores medlems [barn] har været den primære bruger af den omhandlende bil og burde have været registreret som sådan. Dette støttes af vores medlems tidligere oplysninger om, at hans [barn] anvendte bilen mest samt at [barnet] anvendte bilen til og fra skole. At vores medlems [barn] selvfølgelig har afholdt ferie ændrer ikke på vores opfattelse af, at [han/hun] skulle have været registreret som værende bruger af bilen.

Vores medlem har tidligere redegjort for, at han kører fra [by 1] til [by 3] to gange om måneden for at besøge sin mor. Vores medlems advokat præciserer nu, at der var tre måneder, hvor vores medlem alene besøgte sin mor en enkelt gang. Præciseringen ændrer dog ikke på vores medlems tidligere oplysninger om [barnets] brug af bilen samt på, at den anførte kørsel ikke stemmer overens med bilens kilometerstand på skadetidspunktet. Det skal i den forbindelse dog bemærkes, at vores medlem har været ejer og primær bruger af to biler i den omhandlende periode."

Sekretariatet har i brev af 29/6 2017 til selskabet anmodet om yderligere oplysninger. Af sekretariatets brev fremgår bl.a.:

"I har afvist dækning under henvisning til, at klagerens [barn] er den reelle bruger af den beskadigede bil, og at I på tegningstidspunktet ikke ville have udstedt forsikring, da [barnet] ikke var medlemsberettiget i Bauta. I bedes på baggrund heraf indsende jeres tegningsregler, der dokumentere, at I ikke ville have tegnet forsikringen, hvis klageren var registreret som ejer og [barnet] som den reelle bruger, eller hvis klageren var registreret som ejer, og der var registreret flere reelle brugere.

Det er oplyst, at I pr. 2/2 2015 har åbnet for muligheden for, at jeres medlemmers hjemmeboende børn kan tegne kaskoforsikring. Giver det anledning til nye overvejelser, at [barnet] således kunne have tegnet en kaskoforsikring på skadetidspunktet, jf. FAL § 9, 2. led, og ankenævnskendelserne 89.955 og 48.806?

I bedes oplyse, hvorvidt klagerens [barn] på tegningstidspunktet havde mulighed for at tegne forsikring i et af LB Forsikrings andre selskaber, herunder om [han/hun] senere er blevet medlemsberettiget som studerende under uddannelse til ..."

Selskabet har i brev af 1/8 2017 til nævnet bl.a. anført:

"Indledningsvist skal vi præcisere, at vi er forpligtede til at give ansvarsforsikring til de, der måtte ønske dette. Det er således alene kaskoforsikring og øvrige tillægsdækninger, som vi alene tilbyder til vores medlemmer og medlemsberettigede.

Vi har til denne skrivelse vedlagt den ønskede dokumentation fra vores policehåndbog. Vi bemærker i den forbindelse, at vi har mulighed for at forsikre delebiler med to brugere på to forskellige adresser. Havde der f.eks. været tale om et reelt delebilsforhold mellem vores medlem og hans svigermor, havde det været muligt at forsikre bilen som sådan. Det kan dog ikke have været tilfældet, da medlemmets [barn] var den reelle bruger af bilen. Allerede fordi [barnet] var hjemmeboende, falder [han/hun] ikke ind under vores regler om

delebiler, da alene medlemmets ægtefælle/samlever accepteres som brugere fra husstanden.

Det er korrekt, at [barnet], som hjemmeboende, kunne have tegnet en kaskoforsikring i Bauta Forsikring på skadetidspunktet. Det er også muligt, at vores medlems [barn] kan have været selvstændigt medlemsberettiget til Runa Forsikring på skadetidspunktet, såfremt [han/hun] på daværende tidspunkt var medlem af en medlemsberettigede gruppe. En sådan forsikring har blot aldrig været ønsket – uagtet, at [han/hun] var den reelle bruger af bilen.

Forsikringsaftalelovens § 9, 2. led omhandler rigtig nok de situationer, hvor den urigtige oplysning ikke længere har betydning – situationer hvor policen så at sige 'berigtiger sig selv'. I henviser til AK89.955, hvor der var et krav om ansættelsesforholdet længde, hvilket betød, at policen kunne have været tegnet korrekt på samme vilkår – blot dette var sket 3 måneder senere. I henviser tillige til AK48.806, hvorefter urigtige oplysninger om forsikringstagerens helbred ophørte med at have betydning, da forsikringstagerens helbred gjorde, at hun havde haft mulighed for at tegne forsikringen forud for skadedatoen. Der kan også nævnes eksemplerne med stråtaget, der bliver ændret til et hårdt tag eller den tunede motor, der bringes tilbage til oprindelig motorkraft. I begge situationer er forsikringsaftalelovens § 9, 2. led også anvendelig i det omfang, der var afgivet urigtige oplysninger om hhv. tagtype og motorkraft ved indtegningen af forsikringen.

I nærværende sag er der ikke tale om, at policen har 'berigtiget sig selv'. Den omhandlende police vil alene kunne blive rigtig – og derved omfattet af forsikringsaftalelovens § 9, 2. led – hvis vores medlem var overgået til selv at være den reelle bruger af bilen forud for skadetidspunktet. Henset til, at skaden skete med vores medlems [barn] som fører, mens [han/hun] var på vej på arbejde, findes dette ikke at have været tilfældet. Da vores medlem ikke var den reelle bruger af bilen, forblev policen 'urigtig', hvorefter forsikringsaftalelovens § 9, 2. led ikke kan bringes i anvendelse.

Det er korrekt, at vores medlems [barn], som hjemmeboende, kunne have tegnet en selvstændig forsikring på skadetidspunktet. Det ville dog blot aldrig være en forsikring i [klagerens] navn. Hvis vores medlems [barn], da [han/hun] var hjemmeboende, havde ønsket en forsikring, ville der have været tale om et helt nyt aftaleforhold. Skulle bilen have været forsikret korrekt, skulle bilen have været omregistreret til [barnet], hvorefter [barnet] skulle have indgået en selvstændig aftale med os om forsikringsdækning.

At udstrække forsikringsaftalelovens § 9, 2. led til, at vi skal tegne en helt ny police til en person, der aldrig har ytret ønske herom, ville være meget vidtgående. En forsikringsaftale giver ikke alene rettigheder – den giver tillige pligter i form af betaling af præmie og selvrisiko. Det ville være i strid med alle aftaleretlige principper, såfremt vi egenhændigt kunne indgå en aftale mellem os og vores medlems voksne [barn] og følgelig fremsende krav om betaling af præmie og selvrisiko. En præmie der, qua [barnets] alder og anciennitet, ville afvige fra opkrævningen sendt til vores medlem.

At udstrække forsikringsaftalelovens § 9, 2. led til, at vi skal tegne en helt ny police til en person, der aldrig har ytret ønske herom, ville herudover være i strid med god skik bekendtgørelsens § 3, hvorefter der ikke kan indgås aftaler under anvendelse af negativ aftalebinding. Dette blev fastslået af Finanstilsynet den 5. juli 2017, da Finanstilsynet gav [andet forsikringsselskab] en påtale for anvendelse af netop negativ aftalebinding.

Vi må herefter fastholde vores tidligere påstande, hvorefter vores medlems [barn] var den reelle bruger af bilen, hvilket er i strid med både indregistrering og den tegnede forsikring. Vi må således fastholde, at vi har været berettigede til at opsige kaskoforsikringen med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet jf. forsikringsaftalelovens § 6 og følgelig afvise at yde dækning til den anmeldte skade.

Nævnets bemærkning omkring forsikringsaftalelovens § 9, 2. led giver os alene anledning til at bemærke, at policens fejlagtige 'omstændighed' ikke ophørte med at have betydning, da forholdet aldrig blev berigtiget."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor.

Af klagerens skadeanmeldelse af 12/7 2016 til selskabet fremgår bl.a.:

Hvem var sidst fører af køretøjet?	
Oplysning om føreren af dit køretøj	
Navn på føreren	
☐	Forsikringstager [Klageren]
☒	Fast bruger Indtast navn mm. nedenfor
☐	Låner Indtast navn mm. nedenfor
☐	Reparatør Indtast navn mm. nedenfor
☐	Synsmand Indtast navn mm. nedenfor
Andre	
Navn på fører	[Klagerens barn]

Af taksatorrapport fremgår bl.a.:

"Km-stand	27.025
Plader	Hvide
Alarm	
1. reg-dato	21.07.2014"

Af selskabets tegningsregler, der var gældende ved indtegningen i 2014, fremgår bl.a., at selskabet – ved tegning af motorkøretøjsforsikring efter "tilgang fra SKAT" – sondrer mellem situationer, hvor barnet står som ejer, ene- eller medbruger, og at der i situationer, hvor barnet er medbruger,

skal spørges kritisk til medlemmets brug og eventuelt tages yderligere sagsbehandlingsskridt fra selskabets side.

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"E. ÆNDRINGER I RISIKOEN

Du skal oplyse os om ændringer i forhold til policen, så vi kan tage stilling til, om forsikringen kan fortsætte og i givet fald på hvilke vilkår og til hvilken pris. Det gælder, hvis:

- Du eller den faste bruger skifter adresse

...

Giver du ikke besked om ændringer i disse forhold, kan retten til erstatning falde helt eller delvist bort efter forsikringsaftaleloven."

Nævnet udtaler:

Klageren har anmeldt, at hans barn den 11/7 2016 var involveret i et færdselsuheld, hvor hans bil blev beskadiget. Bilen blev indtegnet i selskabet den 21/7 2014 med klageren som ejer og bruger.

Klageren har krævet, at selskabet skal yde dækning for den forsikrede bil, og at selskabet skal trække opsigelsen af forsikringen med dertil knyttede vilkårs- og præmieændringer tilbage.

Selskabet har opsagt kaskoforsikringen med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet og har afvist at yde forsikringsdækning for skaderne på den forsikrede bil med henvisning til, at klagerens barn er den faste bruger af bilen, og at selskabet ikke ville have tegnet kaskoforsikringen, såfremt de rigtige oplysninger var oplyst på tegningstidspunktet.

Selskabet har blandt andet anført, at klageren frem til 21/7 2014 alene havde én bil forsikret i selskabet, hvorefter han indregistrerede den omhandlede bil med sig selv som eneste ejer og bruger, og at klagerens barn blev 18 år den 30/7 2014.

Selskabet har endvidere henvist til, at klageren i sin skadeanmeldelse til selskabet har anført, at hans barn førte bilen på uheldstidspunktet i barnets egenskab af 'fast bruger', og at klageren til selskabets skadekonsulent har oplyst, at han ikke kørte i bilen, at det gjorde hans kone, og at det var barnet, der brugte bilen mest, samt at klageren har oplyst, at hans barn anvendte bilen ved kørsel til og fra skole og senere til sin læreplads. Selskabet har anført, at det klageren har oplyst om sin kørsel i bilen ikke stemmer overens med bilens kilometerstand på skadetidspunktet.

Selskabet har også henvist til, at selskabet er et medlemsselskab, hvor man skal være medlemsberettiget for at tegne en kaskoforsikring. I 2014 var det ikke muligt for hjemmeboende børn at tegne kaskoforsikringer i selskabet, hvorfor selskabet ville have afvist at tegne kaskoforsikring for bilen. Fra den 2/2 2015 åbnede selskabet for muligheden for, at dets medlemmers hjemmeboende børn kunne tegne kaskoforsikringer. Selskabet har anført, at dette ikke ændrer noget i nærværende sag, da klagerens barn aldrig har været registreret som primær bruger af bilen.

Klageren har blandt andet oplyst, at bilen er indkøbt til hans husstands brug med ham som primær bruger, og at klagerens barn, kone og svigermor lejlighedsvis har benyttet bilen. Klageren har oplyst, at hans svigermor i en periode benyttede bilen, da hun var uden bil, samt at klagerens barn har benyttet bilen til skole og senere til sin læreplads.

Klageren har endvidere oplyst, at han har brug for den omhandlede bil, når han to gange om måneden besøger sin mor i weekenden. Han har også henvist til et kørselseksempel på deres kørselsmønster, hvoraf det fremgår, at hans barn bruger bilen 760 minutter og kører gennemsnitligt 808 kilometer i måneden, og at han selv bruger bilen 1.612 minutter og kører gennemsnitligt 1.880,80 kilometer i måneden. Klageren har anført, at der f.eks. ikke er taget højde for ferie, skoleophold, studiedag i hjemmet, samkørsel med kollegaer fra midlertidig arbejdsplads, og at der var en periode på 3 måneder, hvor klageren alene besøgte sin mor 1 gang i måneden.

Af bekendtgørelse nr. 1315 af 9. december 2014 om registrering af køretøjer § 1, stk. 3, fremgår det blandt andet, at betegnelsen "bruger" af et køretøj "bruges om en fysisk eller juridisk person,

der er forskellig fra køretøjets registrerede ejer, og som har ret til at bruge køretøjet i 30 dage eller mere". Efter bekendtgørelsens § 41, stk. 1, skal en bruger med bopæl her i landet registreres som bruger af køretøjet.

Nævnets flertal udtaler:

Efter en gennemgang af sagen finder flertallet, at selskabet har godtgjort, at klagerens barn var bruger af bilen.

Flertallet har blandt andet lagt vægt på, at det af selskabet er oplyst, at klageren også har en anden bil forsikret i selskabet, at den omhandlede bil blev indtegnet i selskabet, kort forinden klagerens barn fyldte 18 år, at det var klagerens barn, der var fører af bilen på uheldstidspunktet, samt at uheldet indtraf, da klagerens barn kørte fra hjemmet mod sin læreplads.

Flertallet har også lagt vægt på, at klageren i sin skadesanmeldelse til selskabet har anført, at hans barn førte bilen på uheldstidspunktet i barnets egenskab af 'fast bruger', at han til selskabets skadekonsulent har oplyst, at han ikke kørte i bilen, men det gjorde hans kone, og det var barnet der brugte bilen mest, at klageren har oplyst, at hans barn brugte bilen fra hjemmet til sin skole og senere til sin læreplads, samt at klageren har fremlagt et eksempel på klagerens og hans barns kørselsmønstre, der viser, at barnet ofte var bruger af bilen.

Efter flertallets opfattelse er det almindelig kendt, at præmien for en bilforsikring beregnes ud fra brugerens risikoplysninger, hvorfor klageren burde have oplyst, at hans barn var bruger af bilen. Flertallet finder, at undladelse heraf kan tilregnes klageren som groft uagtsomt.

Flertallet lægger efter det oplyste i sagen til grund, at klagerens barn ikke ejer bilen. Ifølge selskabets tegningsregler, der var gældende på tegningstidspunktet, kunne der ikke tegnes forsikring i selskabet i den situation, at et barn til et medlem, der ikke var selvstændigt medlemsberettiget var enebruger af en bil.

Efter en gennemgang af sagen finder flertallet, at selskabet ikke har bevist, at klagerens barn var enebruger af bilen, og flertallet finder på baggrund af det fremlagte tegningsmateriale, at

selskabet herefter ikke godtgjort, at det ikke ville have tegnet kaskoforsikringen mod en højere præmie med klageren som ejer og barnet som bruger, hvis der var afgivet korrekte oplysninger ved tegningen af forsikringen.

På baggrund heraf finder flertallet, at selskabet ikke har været berettiget til at opsig kaskoforsikringen med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet og at afvise at yde forsikringsdækning for skaderne på den forsikrede bil.

Flertallet finder dog, at selskabet i medfør af forsikringsaftalelovens § 6 er berettiget til at opgøre erstatningen for det anmeldte uheld som en pro rata erstatning med henvisning til, at klageren ikke havde oplyst, at hans barn var bruger af bilen.

Flertallet har blandt andet lagt vægt på det anførte om barnets, klagerens og andre familiemedlemmers brug af bilen. Flertallet har også lagt vægt på, at det efter nævnets opfattelse må have formodningen for sig, at det ikke kun er klagerens barn, der bruger bilen, når det lægges til grund, at det er klageren, der har betalt for bilen og ejer bilen.

Flertallet finder på denne baggrund, at selskabet skal anerkende, at det ikke har været berettiget til at opsig kaskoforsikringen med tilbagevirkende kraft og afvise at yde forsikringsdækning med hensyn til urigtige oplysninger ved indtegningen.

Nævnets mindretal udtaler:

Mindretallet finder, at det er godtgjort, at klagerens søn var enebruger af det omhandlede køretøj, og at selskabet derfor ikke ville have indtegnet forsikringen, hvis dette var blevet oplyst. Da forholdet kan tilregnes klageren som forsætligt, og da forsikringsaftalelovens § 9 ikke finder anvendelse i den foreliggende situation, vil mindretallet give selskabet medhold.

Der træffes afgørelse i overensstemmelse med flertallets votum.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, LB Forsikring A/S, skal anerkende, at det ikke har været berettiget til at opsige kaskoforsikringen med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet og afvise at yde forsikringsdækning for skaderne på den forsikrede bil med henvisning til, at selskabet ikke ville have tegnet kaskoforsikringen, såfremt de rigtige oplysninger var oplyst på tegningstidspunktet. Selskabet skal derfor genoptage sagsbehandlingen og skal udbetale forholdsmæssig erstatning for den forsikrede bil i overensstemmelse hermed. Erstatningen forrentes efter forsikringsaftalelovens § 24.

Klageren får ikke medhold i øvrigt.

Klagegebyret tilbagebetales.

Peter Thønnings

Ankenævnet for Forsikring

Den 28. september 2016 blev i sag nr. 89294:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Lloyd's
v/Søassurancen Danmark A/S
Skolegade 1
5960 Marstal

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har bådforsikring i Lloyd's v/Søassurancen Danmark A/S. Han klager over selskabets afvisning af at yde forsikringsdækning i forbindelse med, at hans båd sank.

Klagerens båd sank den 22/9 2015. Klageren har over for nævnet anført, at forliset skyldtes, at båden krængede og dækket kom under vand, da en fiskekutter lagde til på ydersiden af klagerens båd og bar nogle store spande med garn ind på land hen over klagerens båd.

Selskabet har over for nævnet afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til i første række, at klageren har afgivet urigtige risikoplysninger ved tegningen af forsikringen, og at selskabet ikke ville have tegnet kaskoforsikring for båden, hvis det havde fået korrekte oplysninger om bådens konstruktion i begæringen. I anden række har selskabet blandt andet henvist til, at bådens forlis skyldtes, at båden ikke var sødygtig, at den var fejlkonstrueret, og at den var rådskadet, hvilket er undtaget i forsikringsbetingelsernes §§ 2.5 .b og 2.6a., g., h. og j.

Af begæring udfyldt og underskrevet af klageren af 5/9 2014 er der ud for "Materiale:" med håndskrift anført: "glasf."

2014 er der ud for "Materiale:"

I skadeanmeldelse af 22/9 2015 har klageren blandt andet anført:

"Havaridato
22-09-2015

Klokkeslæt eller tidspunkt
15.35

Vindretning
S/Ø

Vindstyrke
ca. 5 s/m

Er der nedlagt protest?
Nej

Hvordan opstod skaden?
Båden var fortøjet ved kajen i ..., hvor den er sunket. Den lå på siden, og blev kun holdt oppe ved hjælp af fortøjningen. Det øverste af styrhuset var oven vande.

Beskrivelse af skadens omfang
Hele båden har været under vand, på nær det øverste af styrhuset. Afventer taksators vurdering.

Fører af fartøjet da havariet indtraf
Ejer

Førerens navn
Båden var ikke i sejlads, derfor ingen fører.

Bemærkning
Blev kontaktet af sluse kontoret kl. 15.35, hvor de kunne fortælle at båden var sunket. De kunne bekræfte, at båden var flydende om formiddagen, da de kunne se båden fra deres vinduer i slusebygningen ..."

I havarirapport udfærdiget for selskabet af 26/9 2015 hedder det blandt andet:

"Efter henvendelse fra Søassurancens havarivagt den 22.09.2015 med oplysning om sunket fartøj i ... Havn, blev der efter kontakt til forsikringstager og aftale med havarivagt arrangeret hævning af fartøjet samme aften, hvorefter besigtigelsen fandt sted den 23.09.2015.

Formålet med besigtigelsen var søgning af havariårsag samt konstatering af påførte skader.

FARTØJ

... Fods fiskefartøj

Årgang angivet som ...[1970'erne] hvilket betvivles – se nedenstående

Motor

... HK Mani diesel

Årgang ...

Hydraulisk gear samt hydraulik station for garnrulle

HAVARIDATO

22.09.215 KL 15.35

HAVARIPOSITION

... havn

GENERELT TIL FARTØJ:

Forsikringstager oplyser at have erhvervet fartøjet for knapt halvandet år siden.

Fartøjet er købt fra ..., og FT angiver i forsikringsbegæring materiale som værende glasfiber.

Fartøjet konstateredes ved besigtigelsen som værende glasfiber belagt – træbåd med glasfiberbelægning udvendig såvel som indvendig på skrog.

Planker (bor) i skroget (kravelbygget) sås tydeligt under glasfiberen, der specielt i SB side var meget tynd og nærmest uden hæftning på underliggende planker.

Glasfiberen kunne let 'trykkes' og bankeprøver gav tydeligt til kende, at der var tale om store hulrum under glasfiberen.

Hvorfor fartøjet i sin tid er blevet glasfiberbelagt kan der kun gisnes om, men ofte tyede man til sådanne løsninger når en træbåd var ved at gå til grunde og umulig at holde tæt, eller for lettelse al vedligehold.

Det udførte glasfiberarbejde er ikke professionelt udført, glasfibermåtter struktur er ikke slebet ned, Top-coat er påført i forskellig tykkelse, derudover er der påbygget ruf/forkahyt, som er tydelig 'hjemmebyg'.

Ved pålægning af glasfiber på en træbåd lukkes materialet inde og der gives mulighed for råd – især når der som her er store hulrum mellem glasfiber og underliggende planker.

Underliggende træ i ringdæk og svineryg er komplet rådnet væk, dæk/dørk er ligeledes glasfiberbelagt og der ses her revner i glasfiberen ved bl.a. en støtte/spanttop i SB side.

Glasfiberen på skrog fremviser ligeledes mindre revner ved bl. a. stævne.

Begge stævne (for såvel som agter) er påboltet u-jernprofil som fortsætter i forløb under kølplanke fra for til agter.

Dette, i tidligere ejerskab, monteret som forstærkning på et øjensynligt alderstegnet fartøj.

...

HAVARIÅRSAG

Fartøjet ligger langskibs i ... havn, i den del af havnen der ligger inden for slusen, havnen er her isfri, og fartøjet ligger helårsligt i vandet.

Fartøjet har relativt lavt fribord med fire spygatter i dækshøjde.

Forsikringstager oplyser sidst at have tilset og lænset fartøjet 4 dage før hændelsen, og kraftig og langvarig regn tiden derefter fundet sted.

Der hersker ikke tvivl om at fartøjet over tid er blevet tungere og tungere grundet vandindtrængen i det underliggende træskrog, grundet muligheder herfor som ovenfor beskrevet.

Fartøjet har ved hændelsen ligget dybt i vandet og ved ekstra mængde regnvand på dæk, er indtrængen af søvand over dæk via spygatterne, som stort set har været i/under vandlinjen, muliggjort, hvorefter fartøjet til sidst er sunket / - hang forud for hævnningen i fortøjningerne således at det krængede til BB – kun styrehustag var oven vande.

...

Forsikringstager forsøgte forud for den herfra kontraherede assistance med hjælp fra truck at 'rette' fartøjet, hvorved bl. a. styrehus beskadigedes

Årsag for synkning kan kun ses som ovenfra kommende 'tryk/vægt' idet fartøjet ikke er forsynet - med nogen form for søventiler og motorinstallation er ca. 3 år gammel.

GENERELT

Forsikringstager har nok været i god tro – om end noget uvidende, da fartøjet erhverves som værende et glasfiberfartøj, hvilket ved besigtigelsen konstateres som ikke at være tilfældet, og kom meget bag på FT, således også oplysning om at fartøjet med korrekt viden om materiale ikke ville have været erklæret forsikringseget til kaskoforsikring.

Fartøjet er komplet 'indpakket' i tyndt og dårligt pålagt glasfiber, hvilket giver mulighed for råd etc. og ingen mulighed for at fastslå skrogets egentlige stand.

VURDERING

Reparation af fartøjet – hydraulik/elinstallationen og evt. motorskader etc. ses at ville overstige fartøjets realistiske værdi før hændelsen.

Markedet for en båd af denne type, i stand som ovenfor beskrevet er yderst begrænset, hvorfor værdi kun kan ses i motor årgang ... samt garnrulle og hydraulik.

Anslået værdi kr. 55. - 60.000,-

Havariårsag kan efter bedste overbevisning henføres til fartøjets stand, som har givet mulighed for indløb af søvand over dæk.

At fartøjet har ligget længe i vandet sås al ruhrbevoksning på såvel propel, skrueaksel samt undervandskrog, og af begroning og misfarvning i vandlinje som bekræfter hvor dybt fartøjet har ligget i vandet.

Havariet skyldes, ifølge ved besigtigelsen konstaterede forhold, ikke en udefra pludselig kommende hændelse, men forhold der ifølge selskabets forsikringsbetingelser ikke medfører forsikringsdækning (§3.5 b) § 3.6 g)

NUVÆRENDE STADE – PÅLØBNE OMKOSTNINGER

Fartøjet er i flg. aftale med havarivagt foranlediget hævet og landsat på ... havn, hvorfra havnemyndighed nu kræver det fjernet.

Hævning / landsætning af fartøjet **Kr. 14.931,25 inkl. moms Faktura vedlægges.**

Forsikringstager har selv taget hånd om motorkonservering.

AFSLUTTENDE BEMÆRKNING

Situationen omkring fartøjet og forsikringsforhold er yderst uheldig.

Fartøjet burde ikke have været kaskoforsikret, og det kunne anbefales selskabet at gøre brug af ristoro på kaskodelen for den forsikrede periode hvis muligt.

Hævning og evt. fjernelse af fartøjet fra havneområdet tilskrives ansvarsforsikringen (havnen kræver begge dele)

For motorkonservering etc. udført af FT en frasigelse pr. kulance af selvrisko anbefales.

Der er herfra ikke igangsat arbejder eller givet nogen form for tilsagn af for selskabet eller undertegnede forpligtende art.

Rapport udarbejdet efter bedste skøn og overbevisning, på grundlag af de forhold der var til stede ved besigtigelsen samt givne oplysninger."

I mail af 7/10 2015 til klageren afviste selskabet at yde forsikringsdækning med følgende begrundelse:

"Skaden er er ikke dækningsberettiget jvf den af ... udarbejdede havarirapport.

Skaden er ikke dækningsberettiget, idet der ikke er tale om en pludselig udefra kommende hændelse, men om forhold der iflg paragraf 2.5. b Sejlerforsikring Sølv ikke er dækningsberettiget idet,

Skade som følge af fartøjets rynken er dækket, dog ikke hvis årsagen hertil er langsomt indtrængende vand

samt paragraf 2.6 h

kaskoforsikringen dækker ikke slid, alder, råd, rust tæring, rotter, mus, orm, svamp eller andre årsager, som kan ligestilles hermed.

Beklager, at der fejlagtigt er skrevet prf 3.5 b og 3.6 g i havarirapporten, men der er henvist til andre forsikringsbetingelsers paragraffer der dog er identiske."

Klageren har endvidere fremlagt udskrift af en udateret mail fra selskabet, hvor selskabet opsiges klagerens forsikring. Af mailen fremgår blandt andet:

"Din police opsiges hermed pr. 30.11.2015 til ophør den 31. december 2015. Opsigelsen sker i henhold til 'Forsikringsbetingelser for lystfartøjer, Sejerforsikring KASKO-SØLV- § 6 Varighed og opsigelse."

I sin klage til nævnet af 27/3 2016 har klageren blandt andet anført:

"Jeg er ikke enig i forsikringens afgørelse, da jeg har et vidne på at båden har været brugt til at losse garn (9 tønder) over fra et andet fartøj. Og derved har min båd været krænget over og dækket tvunget under vand og derved havareret. Båden sank på under en time. Vidnets navn er ... forsikringen er informeret om vidnet.

[2. Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?]

Ønsker at få udbetalt kaskoforsikringen ell. at få båden repareret."

På baggrund af oplysningen i klagen om et vidne, der havde set båden synke, stillede selskabet i mail af 11/5 2016 følgende spørgsmål til vidnet:

"Til brug for Ankenævnsbehandling af ... [klagerens] skade i forbindelse med havariet, hvor hans båd sank i ... [havn], skal vi venligst bede dig besvare flg. spørgsmål:

- 1) Overværede du at båden sank og i bekræftende fald udbedes dato og tidspunkt?
- 2) Hvilke omstændigheder skete havariet under?
- 3) Hvor befandt du dig op til og under havariet?
- 4) Deltog du selv i de omstændigheder, der efter din mening var årsagen til at båden sank, og i bekræftende fald hvad foretog du dig?
- 5) Hvad konstaterede du forud for havariet og i forbindelse med at båden sank?
- 6) Hvad foretog du dig medens båden sank?

7) Hvad var efter din opfattelse årsagen til at båden sank?"

Af mail til selskabet af 22/5 2016 har vidnet svaret følgende på de stillede spørgsmål:

- "1. Jeg overværede ikke at båden sank. Jeg mener datoen var den 22. september 2015, tidspunktet har jeg dog ingen erindring om, men hen af eftermiddagen så vidt jeg husker.
 2. Ved ikke helt hvad der menes med omstændigheder
 3. Jeg sad oppe i forreste mast på skibet ..., som lå til på samme kaj. Jeg sad og arbejdede med skibet vævlinger. Da jeg var oppe i masten var skibet stadigvæk oven vande. Jeg var så gået ned om læ for at lede efter en læk på ... [det skib vidnet var på], da vi undrede os over at der var meget bundvand i skibet. Da jeg kom op en halve time efter var skibet halvvejs under vand, og en havnefoged eller vagt stod og tog rapport.
 4. Nej
 5. Der var dårligt vejr, der blæste kraftig ind fra øst, så vandstanden var høj inde i inderhavnen hvor vi lå og der var god bølgegang. Der kom på et tidspunkt en anden ... [båd] og lagde til ude på [klagerens] skib, de gik ombord for at tage nogen store spande med garn ind på land. Og så sejlede de igen.
- Jeg så som sagt ikke at båden sank.
6. Imens båden sank var jeg nede om læ på [vidnets båd] og arbejdede.
 7. Jeg har ikke anden forklaring end at der enten er gået læk på skroget af at blive banket ind i kajen, enten af den anden kutter eller af bølger. Men jeg kan ikke sige noget med sikkerhed."

I brev af 21/5 2016 til nævnet har selskabet blandt andet bemærket:

"Det vil af begæringen ses, at spørgsmålet om bådens 'Materiale' er besvaret med 'glasf.', hvilket er gentaget i policens oplysninger om 'Materiale: Glasfiber'.

Ved besigtigelsen konstaterede ... Consult, at båden ikke var af glasfiber, men derimod en træbåd, der var belagt med et varierende lag af glasfiber - se 'Generelt til Fartøj'.

Forsikringsaftalelovens (FAL) § 4 om urigtige oplysninger ved forsikringens tegning påberåbes, **da** træets planker tydeligt ses under glasfiberen, hvorfor forsikringstageren har afgivet oplysning mod bedreviddende, og aftalen derfor ikke er bindende for indklagede.

Det er indklagedes acceptpolitik, at ældre træbåde ikke indtegnes uden forudgående besigtigelse og godkendelse af bådens stand, hvilket bl.a. ... Consult udfører for indklagede. Med de oplysninger ... Consult har givet om bådens stand, ville den ikke have været indtegnet. Båden er oplyst bygget i [1970'erne], hvilket er tvivlsomt, og har tidligere været benyttet som fiskekutter. FAL § 6 om urigtig oplysning, som ikke omfattes af § 4, vil derfor være gældende, hvis Ankenævnet finder at FAL § 4 ikke kan finde anvendelse, hvad vi mener at den kan.

Klageren har i klageskemaet ønsket kaskoforsikringen udbetalt resp. båden repareret. Der er i flg. ... Consults opfattelse tale om en totalskade, hvor skroget må anses for nærmest værdiløst, medens motor, garnrulle og hydraulik kan afsættes. Bådens værdi på havaritidspunktet skønnes på dette grundlag til en samlet værdi af kr. 55 – 60.000.

Årsagen til at båden sank skyldes skrogets stand, hvor bl.a. kan nævnes at 'underliggende træ i ringdæk og svineryk er komplet rådnet væk'. At fartøjet over tid har ligget lavt i vandet ses bl.a. af, misfarvning i vandlinjen. Der henvises i øvrigt til besigtigelsesrapportens oplysninger om fartøjets stand.

Klageren har henvist til vidnet ..., men efter hans forklaring, har han ikke set, at klagerens båd sank. Han oplyser, at en fiskekutter, på et tidspunkt medens klagerens båd var flydende, havde lagt til på ydersiden af denne for at landsætte nogle 'store spande med garn'. Vægten af disse 'spande' skulle ikke have betydning for en sund båd, hvilket fremgår af, at det var en fiskekutter, der kom sejlen med dem.

Skulle Ankenævnet komme frem til, at FAL §§ 4 eller 6 ikke kan finde anvendelse, hvad vi mener at de kan, må erstatningspligten afvises på grundlag af de almindelige forsikringsbetingelsers § 2.5 b) da båden sank pga. langsomt indsivende vand, og undtagelserne i §§ 2.6 a) 'ikke sødygtigt' idet havariårsagen er bådens dårlige stand, der har været til stede allerede under fartøjets forudgående sejlads, h) - alder, råd – ' og k) 'materiale og konstruktionsfejl' jfr. at glasfiberarbejdet ikke 'er professionelt udført'."

I forsikringsbetingelserne hedder det blandt andet:

"§ 2 Kaskoforsikring

...

2.5 Under sejlads og henliggen i vandet jf. § 1.3 dækker kaskoforsikringen tillige:

- a) Skade som følge af fartøjets kæntring, stranding, grundstødning og kollision.
- b) Skade som følge af fartøjets synken, dog ikke hvis årsagen hertil er langsomt indtrængende vand.
- c) Anden skade på skroget, som skyldes en ulykkelig hændelse.

...

2.6 Kaskoforsikringen dækker ikke skade som følge af:

- a) At fartøjet ikke var sødygtigt, forsvarligt lænset og behørigt udrustet og bemannet, selv om forsikrede ikke har vidst dette.

...

- g) Slid, alder, råd, rust, tæring, rotter, mus, orm, svamp eller andre årsager, som kan ligestilles hermed.

...

- j) Materiale- eller konstruktionsfejl, fabrikationsfejl og skader omfattet af garantiordning."

Nævnet udtaler:

Selskabet har i sit brev af 21/5 2016 til nævnet afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til, at klageren ved tegningen af forsikringen afgav urigtige risikooplysning til selskabet ved alene at oplyse, at der var tale om en glasfiberbåd uden samtidig at oplyse, at der rettelig var tale om en træbåd belagt med glasfiber. Selskabet har anført, at det ikke ville have tegnet forsikringen, hvis det var blevet oplyst herom. Selskabet gør derfor gældende, at det er berettiget til at opsige klagerens forsikring med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet, jf. herved forsikringsaftalelovens §§ 4 og 6.

Det fremgår af havarirapporten, at klageren erhvervede fartøjet som et glasfiberfartøj, at fartøjet er komplet "indpakket" i tyndt og dårligt pålagt glasfiber, og at det er udfærdigeren af havarirapportens vurdering, at klageren nok har været var i god tro om materialet.

Nævnet finder, at klageren har afgivet urigtige risikooplysninger ved ikke at oplyse, at der var tale om en træbåd pålagt glasfiber. Nævnet finder efter en samlet vurdering – herunder oplysningerne i havarirapporten – at klagerens afgivelse af urigtige risikooplysninger ved tegningen af forsikringen ikke er omfattet af forsikringsaftalelovens § 4 om svig.

Nævnet finder derimod, at forholdet kan henføres under forsikringsaftalelovens § 6 om uagtsomt afgivne urigtige risikooplysninger. Det fremgår imidlertid af forsikringsaftalelovens § 8, at hvis selskabet vil påberåbe sig et forhold omfattet af §§ 5-7, skal det efter at have fået kundskab om oplysningens urigtighed uden unødigt ophold meddele forsikringstageren i hvilket omfang, det vil påberåbe sig nogen af de rettigheder, disse paragraffer hjemler.

Nævnet bemærker, at selskabet i havarirapporten af 26/9 2015 fik oplysning om konstruktionen af klagerens båd, ligesom udfærdigeren af rapporten i afsnittet "afsluttende bemærkning" anførte, at fartøjet ikke burde have været kaskoforsikret, og at det anbefales selskabet at gøre brug af *ristorno* [dvs. tilbagebetaling af for meget betalt præmie] på kaskodelen for den forsikrede periode hvis muligt. Det fremgår imidlertid, at selskabet ved mail af 7/10 2015 alene afviste dækning med henvisning til kaskoforsikringens

undtagelsesbestemmelser og i en senere udateret mail opsagde forsikringen fremadrettet med virkning fra den 1/1 2016.

Som sagen er oplyst, finder nævnet, at selskabet først i sit svar til nævnet af 21/5 2016, altså ca. 8 måneder efter, at selskabet fik kundskab om oplysningernes urigtighed, gjorde gældende, at forsikringen skulle opsiges med virkning fra tegningstidspunktet med henvisning til blandt andet forsikringsaftalelovens § 6.

Nævnet finder, at selskabet på dette tidspunkt havde mistet retten til at gøre sine rettigheder i henhold til § 6 gældende over forsikringstageren, jf. herved forsikringsaftalelovens § 8. Selskabet kan derfor ikke påberåbe sig § 6.

Spørgsmålet er herefter, om selskabet har været berettiget til på andet grundlag at afvise at yde forsikringsdækning.

Selskabet har i anden række afvist dækning med henvisning til oplysningerne i havarirapporten om fartøjets stand. Selskabet har henvist til, at det fremgår af havarirapporten, at båden sank på grund af indsivende vand, hvilken skadeårsag er undtaget dækning i forsikringsbetingelsernes § 2.5 b., at det ikke var sødygtigt, hvilket er undtaget i § 2.6 a), at årsagen var råd i fartøjet, hvilket er undtaget dækning i § 2.6.h og at det påførte lag af glasfiber ikke var professionelt udført, hvilket er undtaget i medfør af § 2.6.k.

Selskabet har endvidere anført, at det af klageren beskrevne hændelsesforløb til nævnet - at forliset skyldtes, at båden blev brugt til at losse garn, hvilket har medført at båden er krænget over, og et vidnes oplysning om, at der i tiden omkring forliset: "Kom en anden fiskekutter og lagde til ude på [klagerens] skib, de gik ombord for at tage nogen store spande med garn ind på land. Og så sejlede de igen" - ikke er en belastning, der har betydning for en sund båd.

Af havarirapporten fremgår det blandt andet, at båden er en træbåd, der er belagt med glasfiber udvendigt såvel som indvendigt på skroget, der er af træ. Ved bankeprøver kunne det

konstateres, at der er store hulrum under glasfiberen. Det udførte glasfiberarbejde er ikke professionelt udført, idet blandt andet glasfibermåttens struktur ikke er slebet ned og topcoat er påført i forskellige tykkelser. Det er videre anført, at ved pålægning af glasfiber på en træbåd lukkes materialet inde, og der gives mulighed for råd, især når der som her er mulighed for hulrum mellem glasfiber og underliggende planker. Der er endvidere på skroget konstateret mindre revner i glasfiberen ved blandt andet stævnen.

Det anføres i havarirapporten, at klageren lænsede fartøjet 4 dage før hændelsen, og at der i tiden herefter har været kraftig og langvarig regn. Endvidere fremgår det, at: "Der hersker ikke tvivl om, at fartøjet over tid er blevet tungere og tungere grundet vandindtrængen i det underliggende træskrog, grundet muligheder herfor som beskrevet. Fartøjet har ved hændelsen ligget dybt i vandet og ved ekstra mængde regnvand på dæk, er indtrængen af søvand over dæk via spygatterne, som stort set har været i/under vandlinjen, muliggjort, hvorefter fartøjet til sidst er sunket. ... Årsag til for synkning kan kun ses som ovenfra kommende "tryk/vægt" idet fartøjet ikke er forsynet med nogen form for søventiler."

Nævnet finder efter det oplyste i havarirapporten at måtte lægge til grund, at hovedårsagen til, at båden sank, var en kombination af, at båden over tid er blevet tungere på grund af vandindtrængen i det underliggende træskrog, og den ekstra vægtbelastning 4 dages regnvand har udgjort. Endvidere finder nævnet, at det oplyste om indkapslingen af træbåden i glasfiber må betegnes som en fejlkonstruktion, idet konstruktionen lukker træet inde og giver mulighed for rådskader.

Efter en gennemgang af sagen og efter en samlet vurdering, finder nævnet at skaden ikke berettiger til forsikringsdækning. Nævnet henviser til forsikringsbetingelsernes § 2.6.a, hvorefter kaskoforsikringen ikke dækker skade som følge af, at fartøjet ikke var sødygtigt eller forsvarligt lænset, selv om forsikrede ikke vidste dette. Nævnet henviser endvidere til forsikringsbetingelsernes § 2.5 b, hvor af det fremgår, at kaskoforsikringen tillige dækker skade ved henliggen i vandet "som følge af fartøjets synken, dog ikke hvis årsagen hertil er langsomt indtrængende vand".

.

Nævnet finder endvidere, at klageren ikke har godtgjort, at hovedårsag til forliset var, at en fiskekutter lagde til på ydersiden af klagerens båd, og at man bar nogle store spande med garn ind på land hen over klagerens båd. Det af klageren beskrevne hændelsesforløb kan derfor ikke føre til et andet resultat.

Som følge af det anførte

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Peter Thønnings

Bilag 3

Ankenævnet for Forsikring

Den 28. juni 2017 blev i sag nr. 90024:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Vardia Insurance Group ASA
Edvard Thomsens Vej 14, 7.
2300 København S

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har ulykke s- og indboforsikring i Vardia Insurance Group ASA. Hun klager over selskabets afslag på at yde dækning for et anmeldt ulykkestilfælde, og over at selskabet har opsagt hendes forsikringer med tilbagevirkende kraft.

Selskabet har henvist til, at klageren ved indtegningen af forsikringerne har afgivet urigtige oplysninger.

I klageskema af 12/12 2016 til nævnet er det blandt andet anført:

"Sagsfremstilling

Supplerende redegørelse kan evt. vedhæftes som bilag.

Jeg ødelagde en tand af i juni, forsikringen meddelte mig at jeg ikke kan få den dækket nogle dage senere modtager jeg et brev om at forsikringen opsiger alle mine forsikringer pga skader, til 1-08 16

Jeg brækkede min arm 4 steder den 8 juli 2016

og eftersom mine forsikringer er opsagt pr 1-08 2016 mener jeg at skaden er dækket efter jeg har meldt skaden får jeg en opsigelse på mine forsikringer, men ikke pr 1-08 2016 men nu tilbagedatoer de forsikringer til 1 dec 2015 hvorefter jeg modtager en regning på at jeg nu skylder dem penge.

eftersom de har opsagt forsikringer 1 dec 2015

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Jeg vil have min arm dækket, samt jeg er lammet i 3 finger og efter nu efter 5 mdr vil sygehuset prøve at opererer igen i hånden for at få følsen tilbage deri. og det er venstre hånd arm, samt tommel pege og mellemfinger der er skadet"

"Hvilke forsikringer er der tale om

[Klageren] tegner en indboforsikring hos Nordjylland Forsikring pr. 1. august 2015 (Bilag A).

Endvidere tegner [klageren] en heltidsulykkesforsikring og en børneulykkesforsikring hos Nordjylland Forsikring pr. 1. november 2015 (Bilag B).

...

[Selskabets repræsentant] fastholder på vegne af Nordjylland Forsikring, at der er sket en berettiget opsigelse af forsikringerne fra tegningstidspunktet, da [klageren] ved tegning af både indboforsikring og ulykkesforsikringer har afgivet urigtige risikooplysninger i forbindelse med tegning af forsikringerne. Såfremt Nordjylland Forsikring havde haft kendskab til omfanget af anmeldte skader på [klagerens] forsikringer i det tidligere forsikringsselskab, ville Nordjylland Forsikring, jævnfør deres indtegningsregler ikke have tegnet hverken indboforsikring eller ulykkesforsikringer. Dette medfører et krav fra Nordjylland Forsikring overfor [klageren] om tilbagebetaling af uberettiget udbetalt erstatning på 5.906,- kr. i forbindelse med anmeldte skader på indboforsikringen. Endvidere medfører opsigelsen af ulykkesforsikringen, at 2 anmeldte skader ikke er omfattet af forsikringsdækningen og derfor er afvist.

Hvad er der sket Tegning af Indboforsikring

Den 5. juni 2015 fremsender Nordjylland Forsikring via mail tilbud om en indboforsikring til [klageren] (Bilag C). Tilbuddet er beregnet ud fra oplysninger, som [klageren] har afgivet til Nordjylland Forsikring.

[Klageren] bekræfter tegning af forsikringen i mail samme dag.

Af det fremsendte tilbud (Bilag A) fremgår, at [klageren] har oplyst, at have anmeldt 1 skade til tidligere forsikringsselskab i de seneste 3 år. Det fremgår af det medsendte bilag fra Nordjylland Forsikring - afsnit 2 'Din Forsikringsaftale' - at tilbuddet er lavet på baggrund af de oplysninger, som [klageren] har oplyst omkring blandt andet tidligere skader i andet forsikringsselskab. Endvidere fremgår det, at [klageren] skal være opmærksom på, at hvis der er givet Nordjylland Forsikring forkerte oplysninger, kan det få betydning for dækning og erstatningsudbetaling ved en eventuel skade. Det fremgår også, at [klageren] straks skal meddele Nordjylland Forsikring, hvis der opdages fejl i de oplysninger, der er givet til selskabet.

Forsikringen træder i kraft hos Nordjylland Forsikring den 1. august 2015.

Tegning af Ulykkesforsikringer

Den 18. september 2015 fremsender Nordjylland Forsikring via mail tilbud om ulykkesforsikringer - Ulykke Heltid og Ulykke Barn - til [klageren] (Bilag D). Tilbuddene er beregnet ud fra oplysninger, som [klageren] har afgivet til Nordjylland Forsikring.

[Klageren] bekræfter tegning af forsikringen i mail den 19. september 2015.

Af det fremsendte tilbud (Bilag B) fremgår, at [klageren] har oplyst, at have anmeldt 1 skade til tidligere forsikringsselskab i de seneste 3 år på hver forsikring. Det fremgår af det medsendte bilag fra Nordjylland Forsikring - afsnit 2 'Din Forsikringsaftale' - at tilbuddet er lavet på baggrund af de oplysninger, som [klageren] har oplyst omkring blandt andet tidligere skader i andet forsikringsselskab. Endvidere fremgår det af den medsendte information, at [klageren] skal være opmærksom på, at hvis der er givet Nordjylland Forsikring forkerte oplysninger, kan det få betydning for dækning og erstatningsudbetaling ved en eventuel skade. Det fremgår også, at [klageren] straks skal meddele Nordjylland Forsikring, hvis der opdages fejl i de oplysninger, der er givet til selskabet.

Forsikringen træder i kraft hos Nordjylland Forsikring den 1. december 2015. Følgende skader anmeldes herefter på indboforsikringen:

...36 - skadedato 11/9 2015 - Hund på besøg, river bærbar PC på gulvet. Skaden afvises med henvisning til hundeforsikringen.

...78 - skadedato 17/9 2015 - Relæ i huset slået fra mens [klageren] var på ferie - ødelagte frysevarer - erstatningsudbetaling udgør 2.000,- kr.

...82 - skadedato 18/9 2015 - Hærværk på datterens cykel, der stod ved station. Skaden afvises, da forsikringen kun dækker hærværk på cykler ved helårsbolig.

...21 - skadedato 24/11 2015 - Pludselig skade - reol vælter og mange ødelagte ting. Erstatningsudbetalingen udgør 7.700,- kr.

Følgende skader anmeldes på ulykkesforsikringen:

...57 - skadedato 20/5 2016 - Tandskade - bed i sten under spisning - sagen er aldrig realitetsbehandlet, da der aldrig er modtaget en skadeanmeldelse - udelukkende tandlægeerklæring.

...48 - skadedato 8/7 2016 – [klageren] får tilsendt skadeanmeldelse - men anmeldelsen er aldrig returneret i udfyldt stand - hvorfor sagen ikke er realitetsbehandlet. Det oplyses telefonisk da anmeldelse rekvireres, at [klageren] er faldet på badeværelset - derved 4 brud i venstre arm.

På baggrund af ovenstående skadesforløb opsiger Nordjylland Forsikring - i mail af 30. juni 2016, vedhæftet brev - både indboforsikring og ulykkesforsikringer pr. 1. august 2016 (Bilag E). Dette sker i henhold til forsikringsvilkårenes punkt 1 - fællesbetingelser - indboforsikring og ulykkesforsikring (Bilag F) for at begrænse selskabets fremtidige risiko, indtil der foreligger yderligere undersøgelse af tidligere forsikringsforhold.

...

Af indtegningsreglerne fremgår:

At kunder, der har haft flere end 2 skadesbegivenheder på et produkt de sidste 3 år - ikke kan tilbydes forsikring i Nordjylland Forsikring. Skadesbegivenheder defineres ved uafsluttede/igangværende skader, samt skader med udbetaling fra egen forsikring, dog ikke 0 skader (0 skader defineres ved - ikke dækningsberettiget skader, samt skader under selvrisko (med/uden afskrivning).

...

Ved tegning af ulykkesforsikringen lægges de afgivne oplysninger ved tegning af indboforsikringen til grund. [Klagerens] ukorrekte oplysning om kun 1 skade på indboforsikringen medfører, at der også kan ske indtegning af ulykkesforsikringerne.

Såfremt Nordjylland Forsikring havde været bekendt med [klagerens] tidligere anmeldte skadesbegivenheder til [tidligere forsikringsselskab], kunne Nordjylland Forsikring ikke have tilbudt og tegne ulykkesforsikring (heltid og barn) for [klageren].

Da der i forbindelse med tegning af indboforsikring og ulykkesforsikringer er afgivet urigtige oplysninger af [klageren], opsiges Nordjylland Forsikring herefter forsikringerne fra tegningstidspunktet i mail - vedhæftet brev - til [klageren] den 11. august 2016 (Bilag I).

Af brevet fremgår, at indboforsikringen ophører pr. 1. august 2015 og ulykkesforsikringerne ophører pr. 1. december 2015. Opsigelserne er begrundet i, at Nordjylland Forsikring ikke havde kunnet tilbyde at forsikre [klageren], hvis de havde haft kendskab til skadesbegivenhederne anmeldt til [tidligere forsikringsselskab].

I forbindelse med opsigelsen af forsikringerne fremsendes endvidere et krav om tilbagebetaling af uberettiget erstatning i forbindelse med skader anmeldt på indboforsikringen. Kravet udgør 2.000,kr. (skade på frysevarer) og 7.700,- kr. (vedrørende væltet reol) - dog fratrækkes den indbetalte præmie på 3.794,- kr. og tilbagebetalingskravet udgør herefter 5.906,- kr.

Konsekvensen af opsigelsen af [klagerens] ulykkesforsikring (heltid) bliver, at en anmeldt tandskade sket 20. maj 2016 bliver afvist, da der ikke var forsikringsdækning på skadetidspunktet. Endvidere afvises anmeldt personskade sket 8. juli 2016, hvor [klageren] falder på badeværelse og pådrager sig 4 brud på venstre arm. Begge skader er sket efter 1. december 2015, hvor forsikringen ophørte og der var derfor ikke forsikringsdækning på skadetidspunktet. Brevene er sendt til [klageren] den 16. august 2016 (Bilag J).

...

Af Nordjylland Forsikrings indtegningsregler fremgår (Bilag H), at der **ikke** kan tegnes indboforsikring, hvis der har været mere end 2 skadesbegivenheder på et produkt de seneste 3 år. Endvidere fremgår det at Nordjylland Forsikring **ikke** kan tegnes forsikring for kunder, der har haft flere end 3 skadesbegivenheder samlet på sine Motor- & Property forsikringer (hus, indbo inkl. Rejse, fritidshus & båd) de sidste 3 år."

Af klagerens mail af 14/3 2017 til nævnet er det blandt andet anført:

"Da jeg fik nordjyllands forsikring var det en dame der modtog alle oplysninger Jeg har ikke eller aldrig sagt jeg kun hvsde 1 skade.
Vi talte om de skader jeg har haft.
Efterføldende fik de at vide de kunne kontakte [tidligere forsikringsselskab] da jeg ikke husker vores skader

...

Hvis jeg skulle være sagt op til enten 1 august eller 1 dec 2015 nurde de jo ha gjort opmærksom på dette.
Helt fra dag 1 har jeg fortalt i tlf hvad skader der er sket både med min datter og med mig.
Så intet er lagt skjul på
Tlf damen sagde de ikke var en fordikring der skaber problemer vedr skader"

Af selskabets mail af 2/6 2015 omhandlende tilbud på indboforsikring til klageren fremgår:

"Som aftalt sender vi dig her et forsikringstilbud.
Forsikring Tilbudsnummer Årlig pris i alt
Indbo ...57 kr. 1.765

Hvis du ønsker tilbuddet, skal du besvare denne e-mail med et 'ja' inden 30 dage fra tilbudsdato. Hvis du har nogen ændringer til tilbuddet, beder vi dig kontakte os. Med et 'ja tak' bekræfter jeg samtidig følgende:

- Købet af den/de tilbudte forsikring(er).
- Tilladelse til, at Nordjylland Forsikring opsiges eventuelle forsikringer og/eller indhenter oplysninger om tidligere forsikringsforhold.
- Samtykke til, at Nordjylland Forsikring indhenter relevante kundeoplysninger - dog ikke helbredsoplysninger - hos eventuelt tidligere forsikringsselskab om tilsvarende forsikringer i dette selskab. Oplysningerne kan anvendes i forbindelse med køb og/eller flytning af mine skadesforsikringer.
- Samtykke til, at Nordjylland Forsikring videregiver oplysninger til Vardia Insurance Group for at kunne administrere forsikringen.
- Tilladelse til, at Nordjylland Forsikring fremadrettet må kontakte mig med individuel rådgivning og yderligere informationer om eksisterende og nye og forbedrede forsikringsmuligheder, hvor samtykket til enhver tid kan tilbagekaldes.

Derudover bekræfter jeg, at ingen medlemmer af husstanden:

- har fået afslag på at blive kunde i Nordjylland Forsikring, ikke er blevet opsagt af Nordjylland Forsikring og ikke er i restance i Nordjylland Forsikring
- er blevet opsagt eller er i restance med forsikringer i nogen forsikringsselskaber (med eller uden afdragsordning)
- er registreret i et skyldnerregister, såsom RKI
- har fået ekstraordinær tvungen højere selvrisiko/pris i nogen forsikringsselskaber inden for de sidste 3 år.

Når vi har modtaget e-mailen, vil vi kontakte dig, såfremt vi skulle mangle nogle oplysninger."

Det fremgår også af mailen fra selskabet af 2/6 2015, at der er vedhæftet en fil om indbo samt generel købsinformation, hvoraf blandt andet fremgår:

Forudsætning for pris	
Antal skader de seneste 3 år	1
Antal år i nuværende selskab	Mere end 3 år

Klageren har accepteret tilbuddet ved mail af 5/6 2015 til selskabet.

Af selskabets mail af 18/9 2015 omhandlende tilbud på ulykkesforsikringer til klageren fremgår:

"Som aftalt sender vi dig her et forsikringstilbud.

Forsikring	Tilbudsnummer	Årlig pris i alt
Ulykke	...29	kr. 1.783
Ulykke	...31	kr.596

Hvis du ønsker tilbuddet, skal du besvare denne e-mail med et 'ja' inden 30 dage fra tilbudsdato. Hvis du har nogen ændringer til tilbuddet, beder vi dig kontakte os. **Med et 'ja tak' bekræfter jeg samtidig følgende:**

- Købet af den/de tilbudte forsikring(er).
- Tilladelse til, at Nordjylland Forsikring opsiger eventuelle forsikringer og/eller indhenter oplysninger om tidligere forsikringsforhold.
- Samtykke til, at Nordjylland Forsikring indhenter relevante kundeoplysninger - dog ikke helbredsoplysninger - hos eventuelt tidligere forsikringsselskab om tilsvarende forsikringer i dette selskab. Oplysningerne kan anvendes i forbindelse med køb og/eller flytning af mine skadesforsikringer.
- Samtykke til, at Nordjylland Forsikring videregiver oplysninger til Vardia Insurance Group for at kunne administrere forsikringen.
- Tilladelse til, at Nordjylland Forsikring fremadrettet må kontakte mig med individuel rådgivning og yderligere informationer om eksisterende og nye og forbedrede forsikringsmuligheder, hvor samtykket til enhver tid kan tilbagekaldes.

Derudover bekræfter jeg, at ingen medlemmer af husstanden:

- har fået afslag på at blive kunde i Nordjylland Forsikring, ikke er blevet opsagt af Nordjylland Forsikring og ikke er i restance i Nordjylland Forsikring
- er blevet opsagt eller er i restance med forsikringer i nogen forsikringsselskaber (med eller uden afdragsordning)
- er registreret i et skyldnerregister, såsom RKI

- har fået ekstraordinær tvungen højere selvrisiko/pris i nogen forsikringselskaber inden for de sidste 3 år.

Når vi har modtaget e-mailen, vil vi kontakte dig, såfremt vi skulle mangle nogle oplysninger."

Det fremgår også af mailen fra selskabet af 18/9 2015, at der er vedhæftet to filer om ulykke samt generel købsinformation, hvoraf blandt andet fremgår:

Forudsætning for pris	
Antal skader de seneste 3 år	1
Antal år i nuværende selskab	Mere end 3 år

...

Forudsætning for pris	
Antal skader de seneste 3 år	1
Antal år i nuværende selskab	Mere end 3 år

Klageren har accepteret tilbuddet ved mail af 19/9 2015 til selskabet.

Af mail fra klagerens tidligere forsikringselskab til selskabet af 29/7 2016 omhandlende skadeshistorik fremgår blandt andet:

"Indbo:

14/7-2015 - færdsel - DKK 13600,-
 21/6-2015 - færdsel - DKK 4608,- 13/3-2015
 - vandskade - DKK 905,23
 26/7-2014 - tyveri - DKK 4799,- 30/5-2014
 - kortslutning - DKK 2790,-
 23/1-2014 - færdsel - DKK 2260,-
 24/8-2012 - færdsel - DKK 3220,-"

Nævnet har fået forelagt selskabets interne tegningsregler.

Af forsikringsbetingelserne fremgår blandt andet:

"1.10 Forsikringens varighed og opsigelse

...

Herudover kan både du og vi opsiges forsikringen eller dele af den med 14 dages varsel fra tidspunktet for anmeldelsen af en skade og indtil 14 dage efter skadens afslutning.

...

Forsikringen dækker 	Forsikringen dækker: • Erstatning ved ulykkestilfælde*, som fører til varigt mén. • Ved ulykkestilfælde* indtruffet i forbindelse med handlinger, der foretages til afværgelse af skade på person eller ejendom under sådanne omstændigheder, at handlingen må anses som forsvarlig. • Ulykkestilfælde*, der opstår pga. ildebefindende eller besvimelse, som ikke er forårsaget af sygdom.
--	---

Nævnet udtaler:

Klageren har oplyst, at hun har været udsat for et ulykkestilfælde den 20/5 2016, hvor hun har beskadiget en tand, og et ulykkestilfælde den 8/7 2016, hvor hun har beskadiget sin venstre arm. Hun klager over selskabets afslag på at yde dækning for de anmeldte ulykkestilfælde, og over at selskabet har opsagt hendes forsikringer med tilbagevirkende kraft. Det fremgår endvidere af sagen, at selskabet har fremsat et tilbagebetalingskrav på 5.906 kr. i forbindelse med to anmeldte skader på hendes indboforsikring.

Selskabet har henvist til, at klageren ved indtegningen af forsikringerne har afgivet urigtige oplysninger om antallet af anmeldte skader til hendes tidligere forsikringsselskab, de seneste tre år forud for hun tegnede forsikringerne i det indklagede selskab.

Klageren har i mail af 14/3 2017 til nævnet anført, at hun i forbindelse købet af forsikringerne var i telefonisk kontakt med en medarbejder i selskabet. Hun bestrider, at hun har oplyst, hvor mange skader hun havde anmeldt i sit daværende selskab, da hun ikke kunne huske det. Ifølge klageren opfordrede medarbejderen hende til at kontakte det daværende selskab for at få oplyst, hvor mange skader hun havde anmeldt.

Det fremgår af sagen, at klageren efter den telefoniske kontakt med selskabet modtog mails med tilbud på indboforsikring samt heltids- og børneulykkesforsikring den 2/6 2015 og 18/9 2015. Klageren har accepteret tilbuddene ved mails den 5/6 2015 og 19/9 2015.

Selskabet har oplyst, at det ved mail af 30/6 2016 opsagde klagerens forsikringer på grund af et utilfredsstillende skadesforløb med virkning fremadrettet fra den 1/8 2016, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 1.10.

Selskabet rekvirerede i samme forbindelse en skadehistorik hos klagerens tidligere forsikringsselskab. Det fremgik af denne, at klageren i de seneste 3 år forud for indtegningen havde anmeldt og modtaget udbetaling i forbindelse med 5 skader, og at hun havde anmeldt yderligere to skader efter indtegningen. Selskabet opsagde herefter ved brev af 11/8 2016 klagerens forsikringer med virkning fra tegningstidspunktet med henvisning til, at hun havde afgivet urigtige oplysninger ved forsikringens tegning, og at selskabet ikke ville have tilbudt tegning af forsikringerne, såfremt det havde været bekendt med klagerens skadehistorik. Selskabet afviste i samme forbindelse at yde dækning for de anmeldte ulykkestilfælde og fremsatte krav om tilbagebetaling af tidligere udbetalte erstatninger.

Selskabet har fremsendt tilbuddene på forsikringerne. Der er tale om to mails, hvor klageren ud over at acceptere tilbuddene tillige har bekræftet en række forhold omkring tidligere forsikringsforhold mv. Hun er dog ikke blevet bedt om at bekræfte antallet af skader inden for de seneste 3 år.

Vedhæftet hver af mailene med de to tilbud var tillige filer benævnt "Indbo.pdf" og "Ulykke.pdf". Af disse filer fremgik det blandt andet, at det var en forudsætning for prisen, at antallet af skader de seneste 3 år var 1.

Nævnet bemærker, at selskabet ved forsikringer, der tegnes på grundlag af telefonsamtaler, har en streng bevisbyrde for, at selskabet rent faktisk har stillet de spørgsmål, der påberåbes som grundlag for urigtige risikoplysninger, og at forsikringstageren har svaret urigtigt herpå. Nævnet finder, at selskabet ikke har bevist, at klageren under telefonsamtalen i forbindelse med indtegningen har oplyst, at hun alene havde haft en skade inden for de sidste 3 år.

Nævnet finder endvidere, at de vedhæftede filer benævnt "Indbo.pdf" og "Ulykke.pdf", som er blevet udfyldt af selskabets repræsentant, heller ikke i tilstrækkelig grad godtgør, at klageren er blevet stillet spørgsmålene om tidligere anmeldte skader.

Efter en gennemgang af sagen og efter en samlet vurdering finder nævnet herefter, at selskabet ikke har bevist, at klageren uagtsomt har afgivet urigtige risikooplysninger om sin tidligere skadeshistorik i forbindelse med tegningen af forsikringerne, jf. herved forsikringsaftalelovens §§ 6 og 7. Selskabet har derfor ikke været berettiget til at ophæve klagerens forsikringer med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet. Selskabet skal derfor genoptage sagsbehandlingen af de anmeldte skader og frafalde sit krav om tilbagebetaling af tidligere udbetalinger i skadesager.

Nævnet har lagt vægt på, at det af bilagene benævnt "Indbo.pdf" og "Ulykke.pdf" alene fremgår om oplysningen om tidligere skader, at dette kan have betydning for prisen. Endvidere lægger nævnet vægt på, at indholdet af mailene, hvori hun blev bedt om at bekræfte, at hun ønskede at tegne forsikringerne, ikke har givet klageren anledning til at tro, at der var yderligere oplysninger end de i mailen anførte, som hun skulle bekræfte ved at svare ja.

Nævnet bemærker, at selskabet har været berettiget til at opsige forsikringerne med virkning fremadrettet fra den 1/8 2016.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet skal anerkende, at det har været uberettiget til at opsige klagerens forsikringer med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet og at kræve tidligere erstatninger tilbagebetalt. Selskabet skal på denne baggrund genoptage sagsbehandlingen af de i forsikringstiden anmeldte skader. En eventuel kontanterstatning skal forrentes efter forsikringsaftalelovens § 24.

Klagegebyret tilbagebetales.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Mette Eisenhardt

Bilag 4

Ankenævnet for Forsikring

Den 2. marts 2016 blev i sag nr. 88410:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Codan Forsikring A/S
Gl. Kongevej 60
1790 København V

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har kaskoforsikring hos Codan Forsikring A/S. Han klager ved sin advokat over størrelsen af den erstatning, som selskabet har udbetalt i anledning af at hans bil udbrændte den 28/11 2013. Han er endvidere utilfreds med selskabets værdiansættelse af bilen.

Selskabet har udbetalt en forholdsmæssig erstatning med henvisning til, at klagerens søn er den faste bruger af bilen, og at selskabet ville have beregnet en højere præmie, såfremt dette var oplyst på tegningstidspunktet.

I klageskema af 31/8 2015 har klageren bl.a. anført:

"1. sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen.

Under henvisning til vedlagte bilag angår sagen spørgsmålet om erstatning for bil. Erstatningspligten/ansvaret er anerkendt i forhold til udbændt bil. Forsikringsselskabet har imidlertid reduceret erstatningen ud fra en betragtning om, at forsikringstagerens søn var den reelle bruger af bilen, hvilket imidlertid bestrides.

Selskabet har med henvisning til en telefonsamtale ment, at der ved forsikringstegning er givet urigtige oplysninger henset til, at forsikringstagerens søn skulle have givet urigtige oplysninger ved forsikringstegning og erkendt at have brugt bilen mest, hvilket begge dele bestrides. Det overlades til forsikringsselskabet at transskribere samtalen i det omfang, det findes nødvendigt – det skal blot fremhæves, at forsikringstagerens søn ved henvendelse startede med at præsentere sig som ... ikke som [klager!].

2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet?

Forsikringsselskabet har angivet værdien af den totalskadede bil til kr. 300.000,00, men alene udbetalt kr. 150.700,00. Der anmodes om fuld erstatning, hvortil bemærkes, at bilen

kort tid inden forsikringsbegivenheden var købt for kr. 362.000,00 og således, at bilens reelle værdi på skadestidspunktet angives til at være kr. 340.000,00, der således ønskes tilkendt i erstatning”.

Hertil har selskabet i brev af 21/10 2015 bl.a. gjort gældende:

”D. 28.11.2013 blev vi kontaktet af forsikringstagerens søn. Han oplyste, at han ringede på vegne af sin far, da denne ikke talte godt dansk. Han oplyste videre, at den forsikrede bil var brændt natten forinden.

D. 04.12. modtog vi skadeanmeldelse, hvoraf fremgik følgende om hændelsesforløbet:

’Vi ved ikke hvad der skete. Der var lige pludselig 2 biler, der brændte udenfor parkeringspladsen. Min far så det der han kom hjem fra ... og så kom han op og sagde det til mig [klagers søn] hvor jeg ringede til alarmcentralen’. Bilen befandt sig på skadestidspunktet på en parkeringsplads ved forsikringstagerens bopæl.

I forbindelse med undersøgelsen af skaden, har vi gennemgået forsikringsforholdet og har konstateret følgende:

- Forsikringstageren har tilsyneladende haft 1 bil forsikret i tidligere selskab. 12009 tegnede han bilforsikring i Codan. Med ikrafttræden pr. 11.03.2010 indtegnede han bil nr. 2 i Codan - en Der har været to skader på denne bil, og forsikringstagerens søn ... var fører af bilen ved i hvert fald det ene af disse to uheld.
- Bil nr. 2 har været skiftet et par gange, senest til den omhandlede [bil], der blev indtegnet med ikrafttræden 13.03.2013. Ved alle policer for bil nr. 2 har der været indsat en klausul, hvorefter præmien er fastsat under forudsætning af, at køretøjet alene anvendes til privat personkørsel og kun undtagelsesvis benyttes af andre end forsikringstageren eller dennes ægtefælle/samlever.
- [Klagers søn] var på indtegnningstidspunktet og er fortsat registreret i RKI
- Af en lydfil vedrørende præmiebetalingen for den omhandlede [bil] fremgår, at det er [klagers søn], der ringer og taler med Codans sælger. [Klagers søn] oplyser ikke, at han er søn af forsikringstageren, og giver samtidig klart udtryk for, at det er [klagers søn] selv der er interesseret i præmien, og om muligheden for at få halvårlig præmiebetaling.
- [Klagers søn] oplyste ved samtale med vores skadekonsulent, at årsagen til anskaffelsen af en ... var, at han skulle benytte den, når han hjalp til i forsikringstagerens købmandsforretning. Den omhandlede [bil] blev købt for at han kunne komme i skole og

andre steder. Han oplyste, at han kørte mere i bilen end forsikringstageren. Han oplyste endvidere, at raterne for bilen blev betalt fra hans konto.

- [Klagers søn] oplyste ved samtalen, at hans mor ikke har kørekort.

Vi har i brev af 05.03.2014 til forsikringstageren meddelt, at vi finder det godtgjort, at hans søn var den reelle bruger af bilen, og at erstatningen derfor ville blive nedsat i forholdet mellem den betalte præmie, og den præmie, der skulle have været betalt med sønnen som bruger af bilen.

Bilens værdi var opgjort til 300.000 kr.

I brev af 20.03.2014 har forsikringstagerens advokat gjort indsigelse mod såvel værdiansættelsen af bilen, som grundlaget for pro rata erstatning. Vi har i brev af 07.04. fastholdt vores afgørelse.

Foranlediget af klagen har vi gennemgået sagen på ny, men finder ikke grundlag for at ændre vores afgørelse.

Vedr. ejer/bruger

Som redegjort for, er den omhandlede bil indtegnet som bil nr. 2, idet forsikringstageren allerede havde bilforsikring i Codan.

Policen blev derfor i overensstemmelse med fast praksis, når der indtegnes bil nr. 2 forsynet med en klausul med følgende ordlyd:

'Klausul 31

Præmien er fastsat under forudsætning af.

- At køretøjet benyttes til privat personkørsel og kun undtagelsesvis benyttes af andre end forsikringstageren eller dennes ægtefælle/samlever'.

Policen blev udstedt d. 04.06.2013, men trådte i kraft pr. 13.03.2013. Der blev d. 13.06.2013 udsendt ny police med halvårlig præmiebetaling, og d. 22.06.2013 blev der atter udstedt en police, nu med helårlig præmiebetaling. De to sidstnævnte policer var ligeledes forsynet med klausul 31.

Som tidligere anført havde forsikringstageren forud for indtegningen af denne [bil] indtegnet andre biler som nr. 2 bil. Det drejer sig om en ..., der blev afhændet og efterfulgt af en anden bil af samme mærke. Der blev i den anledning fremsendt 3 policer - alle forsynet med klausul 31.

Efter fremsendelsen af policen d. 04.06.2013 blev vi som redegjort for ovenfor kontaktet telefonisk af forsikringstagerens søn ..., der spurgte indgående til præmiebetalingen,

herunder om der kunne ske ratevis betaling. Salgsmedarbejderen spørger i starten af samtalen om det er [klager], hvilket bekræftes.

Efterfølgende havde vores skadekonsulent en længere telefonsamtale med [klagers søn]. Denne oplyste bl.a. følgende:

- At forsikringstageren ikke længere er i arbejde
- At han har kendskab til, at den månedlige ydelse på billånet udgør 4.906 kr.
- At præmien betales over hans konto
- At det fortrinsvis er ham, der kører bilen, og at han kører mere i bilen end forsikringstageren
- At den første bil nr. 2, ..., blev anskaffet fordi han skulle hjælpe til i forsikringstagerens købmandsforretning
- At den omhandlede bil blev anskaffet med henblik på, at han kunne køre til skole og andre steder
- At moderen ikke har kørekort

Idet vi henviser til

- Indholdet af ovennævnte telefonsamtaler
- At forsikringstageren indtegnede bil nr. 2 efter, at [klagers søn] fyldte 18 år.
- At forsikringstageren os bekendt ikke tidligere har haft to biler. - At forsikringstagerens ægtefælle ikke har kørekort

finder vi det godtgjort, at [klagers søn] og ikke forsikringstageren var den reelle bruger af den omhandlede bil, og at klausulen om, at bilen '... kun undtagelsesvis benyttes af andre end forsikringstageren eller dennes ægtefælle/samlever' er overtrådt.

Med henvisning til Fal §§ 6 og 7 gør vi således gældende, at vi ikke har modtaget korrekte oplysninger om, hvem den reelle bruger af bilen var, og at erstatningen derfor skal opgøres i forhold til den præmie, der skulle have været betalt.

Vedr. erstatningens størrelse

Vi har i brev af 05.03.2014 til forsikringstageren oplyst, at bilens værdi er opgjort til 300.000 kr.

Med [klagers søn] som bruger ville den årlige præmie have udgjort 23.047 kr. Den betalte præmie var 11.792 kr.

Vi har derfor opgjort erstatningen i forholdet mellem den betalte præmie og den præmie, der skulle have været betalt. Med fradrag for selvrisiko og oprundet er erstatningen opgjort til 150.700 kr.

For så vidt angår værdiansættelsen af bilen, har vores taksator undersøgt markedet. Ved kontakt til ... A/S, Bilhuset ... samt ... har han fået oplyst priser på mellem 200.000 kr. og 300.000 kr. for biler af tilsvarende alder og km tal. Ligeledes har han søgt tilsvarende biler på nettet. Vi henviser til bilag F.

Vi har således fastsat erstatningen til den maksimale værdi. Hvilken pris, der er angivet i købekontrakten, er i denne sammenhæng uden betydning.

Vi må på grundlag af vores markedsanalyse fastholde, at bilens værdi på skadetidspunktet ikke oversteg 300.000 kr.

Sammenfattende må vi således meddele, at vi fastholder vores afgørelse. Til støtte herfor kan vi bl.a. henvise til AK 82.302 og AK 86303".

Heroverfor har klageren i mail af 6/11 2015 bl.a. bemærket:

"Det eneste af relevans synes at være spørgsmålet om, hvorvidt forsikringstager er reelle bruger/forsikringstager. Det vil bero på forsikringsselskabet at bevise grundlag for reduceret dækningspligt og således betragtning om, at en anden en forsikrede var den primære/reelle bruger.

Det bestrides, at en søn skulle være primære bruger. Det kan hertil oplyses, at bilen i forbindelse med skadesbegivenhed da heller ikke befandt sig hos [klagers søn], der boede i

Det bestrides, at telefonsamtalerne kan begrunde/bevise forsikringsselskabets påstand. Forsikringsselskabet opfordres til at fremlægge transskriberet samtale med præcis henvisning i kontekst til det, der måtte menes relevant.

I samme forbindelse bemærkes, at der ikke er modtaget de i vedhæftede omtalte bilag men alene det vedhæftede - der anmodes om samlet kopi.

I forhold til at have/have haft en ... findes dette i sig selv afgørende - besiddelse af 2 biler, hvor den omtalte ... vel i almindelighed må ses som en 'arbejdsbil', vil ikke være af afgørende betydning.

Ad værdi findes der ikke grundlag for at vurdere handelsværdi, når bilens faktiske markedsværdi er fastslået ved handel umiddelbart forud for forsikringsbegivenhed".

Hertil har selskabet i mail af 3/12 2015 bl.a. anført følgende:

"Advokaten anfører, at bilen befandt sig på forsikringstagerens adresse på skadetidspunktet. I kommentar hertil skal vi blot bemærke, at [klagers søn] tilsyneladende befandt sig samme sted. Det fremgår af politiets anmeldelsesrapport fra 28.11.2013, at 'mens vi var på stedet, ankom ejeren af [bilen] sammen med sin søn ...' Af rapport vedrørende afhøring af [klagers søn] fremgår: 'afhørte forklarede, at hans far var kørt hjem fra ... omkring kl 0330 i familiens

anden bil. Da faderen drejede ind ad ..., kunne han se, at deres [bil] brændte. Da faderen taler dårligt dansk, skyndte denne sig op og vækkede afhørte'.

Vi har ikke yderligere kommentarer til sagen".

Heroverfor har klageren i brev af 22/12 2015 bl.a. bemærket:

"Under henvisning til ovennævnte sag og Ankenævnets brev af 4. december 2015 skal for god ordens skyld fremhæves, at bilen jo netop befandt sig på forsikringstagerens adresse – og dette uafhængigt af, at [klagers søn] også da var hos sin familie.

Det af forsikringselskabet anførte ændrer ikke ved bevisbyrder eller indgår til ændring af tidligere vurdering af bevisforhold".

Nævnet har fået forelagt sagens bilag, herunder en lydfil med optagelse af to samtaler mellem klagerens søn og én af selskabets medarbejdere. Nævnet har aflyttet den vedlagte lydfil.

Af klagerens forsikringspolice fremgår bl.a.:

"Klausul 31

Præmien er fastsat under forudsætning af:

- At køretøjet alene benyttes til privat personkørsel og kun undtagelsesvis benyttes af andre end forsikringstageren eller dennes ægtefælle/samlever".

Nævnet udtaler:

Den 28/11 2013 blev selskabet kontaktet af klagerens søn, der oplyste, at han ringede på vegne af sin far, der ikke talte godt dansk. Han oplyste, at den forsikrede bil var brændt natten forinden.

I forbindelse med anmeldelsen af skaden har selskabet gennemgået klagerens forsikringsforhold og har blandt andet konstateret, at klageren har to biler forsikret i selskabet. Bil nr. 1 blev indtegnet i selskabet i 2009. Med ikrafttræden den 11/3 2010 indtegnede han bil nr. 2. Bil nr. 2 har været skiftet ud et par gange – senest til den omhandlende bil, der blev indtegnet med ikrafttræden den 13/3 2013. I policen vedrørende bil nr. 2 er der på side 3 indsat en klausul,

hvorefter præmien er fastsat under forudsætning af, at køretøjet alene anvendes til privat personkørsel og kun undtagelsesvis benyttes af andre end forsikringstageren eller dennes ægtefælle/samlever. På policens side 2 står klageren anført som ejer og bruger af køretøjet.

Selskabet har vedlagt en lydfil med optagelse af en samtale mellem klagerens søn og selskabets skadekonsulent. Under samtalen oplyser klagerens søn blandt andet, at den omhandlende bil blev købt, så han kunne komme til og fra skole, og så han kunne komme andre steder hen. Han oplyser endvidere, at han brugte bilen mere end klageren, og at raterne for bilen blev betalt fra hans konto. Han oplyser også, at hans mor ikke har kørekort.

Selskabet har udbetalt en forholdsmæssig erstatning til klageren med henvisning til, at klagerens søn er den reelle bruger af bilen. Værdien af den totalskadede bil har selskabet ansat til 300.000 kr. Selskabet oplyser, at værdiansættelsen er sket på baggrund af taksators undersøgelse af markedet, hvor han har fået oplyst priser på mellem 200.000 og 300.000 kr. for biler af tilsvarende alder og kilometerstand, ligesom taksator har søgt tilsvarende biler på nettet. Selskabet har oplyst, at den årlige præmie med klagerens søn som bruger ville have udgjort 23.047 kr., og at den betalte præmie er 11.792 kr. Selskabet har herefter udbetalt en erstatning svarende til forholdet mellem den betalte præmie og den præmie, der skulle have været betalt med fradrag for selvrisko, i alt 150.700 kr., til klageren. Efter en gennemgang af sagen finder nævnet at måtte lægge til grund, at bilens reelle bruger er klagerens søn, og at selskabet – hvis dette havde været oplyst ved tegningen af forsikringen – ville have opkrævet en højere præmie. Henset til oplysningerne i klagerens police, og da det er nævnets opfattelse, at det er almindeligt kendt, at præmien for en bilforsikring beregnes ud fra brugerens risikoplysninger, burde klageren have oplyst til selskabet, at bilen var til brug for hans søn. Nævnet finder, at undladelsen heraf kan tilregnes ham som groft uagtsomt.

Nævnet finder herefter, at selskabet i medfør af forsikringsaftalelovens §§ 6 og 7 er berettiget til at opgøre erstatningen for den anmeldte totalskade som en forholdsmæssig erstatning.

Herefter, og idet nævnet ikke har fundet grundlag for at kritisere selskabets værdiansættelse af bilen,

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen formand

Bilag 5

Ankenævnet for Forsikring

Den 7. oktober 2015 blev i sag nr. 88103:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

GF -Forsikring A/S
Jernbanevej 65
5210 Odense NV

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har tegnet Familiens Basisforsikring i GF -Forsikring A/S. Hun klager ved sin advokat over, at selskabet har afvist at yde dækning i forbindelse med et anmeldt indbrudstyveri i hendes lejlighed, og at selskabet har opsagt forsikringen med tilbagevirkende kraft.

Selskabet har afvist at yde dækning med henvisning til, at klageren har afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med tegningen af forsikringen. Selskabet har endvidere krævet tidligere udbetalt erstatning tilbagebetalt.

I klageskema af 3/6 2015 til nævnet er det bl.a. anført:

"1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen. Supplerende redegørelse kan evt. vedlægges.

[Klager] tegnede 14/5-2012 Familiens Basisforsikring i GF Forsikring. Den 24. juli 2014 har der været indbrud i hendes lejlighed, hvilket anmeldes til ... Politiet samt til GF forsikring.

Den 10. september 2014 afviser GF forsikring at dække skaden, på grund af urigtige oplysninger ved tegning af forsikringen og samtidig opsiger GF forsikring forsikringen med tilbagevirkende kraft pr. ikrafttrædelsesdatoen den 14. maj 2012.

[Klager] oplyser, at hun i forbindelse med tegning af forsikringen kontaktede forsikringsselskabet og efterfølgende møder op på forsikringsselskabets kontor, hvor en forsikringskonsulent hjælper hende med at udfylde forsikringsbegæringen. Så hun er bestemt af den opfattelse, at hun har givet de rigtige oplysninger i forbindelse med tegning af forsikringen.

2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet? (skal udfyldes)

At de dækker hendes tab i forbindelse med tyveriet i alt anmeldt med kr. 355.109,00 med tillæg af en årlig rente svarende til den af Nationalbanken officielle udlånsrente med tillæg på 8 % fra 6/9-2014.”

I brev af 24/6 2015 til nævnet har selskabet hertil blandt andet bemærket:

”Klagen vedrører 1) selskabets opsigelse af forsikringsaftalen for Familiens Basisforsikring med tilbagevirkende kraft på grund af urigtige oplysninger ved indtegnning og 2) afvisning af anmeldt indbrudstyveri den 25.07.2014.

Sagsfremstilling:

Forsikringstager kontaktede selskabet telefonisk den 25.07.2014 og anmeldte indbrud i sin lejlighed. Det blev aftalt, at forsikringstager skulle udfylde opgørelse via selvbetjening i Scalepoint.

Selskabet modtog efterfølgende elektronisk opgørelse af erstatningskrav på ca. 350.000 kr. (bilag 1).

Som følge af forsikringstagers skadesforløb besluttede selskabet at udtage sagen til kontrol. I den anledning blev forsikringstager anmodet om, at underskrive en samtykkeerklæring (bilag 2) til brug indhentelse af oplysninger fra tidligere forsikringsselskaber.

På baggrund af samtykkeerklæringen oplyste Topdanmark, at forsikringstagers indboforsikring tidligere var opsagt på grund af skadeforløbet. Kopi af Topdanmarks skrivelse fra 30.01.2009 samt oversigt over skadesforløbet vedlægges (bilag 3). Som det fremgår af skrивelsen, opsagde Topdanmark forsikringstagers indboforsikring med 14 dages varsel.

I forbindelse med forsikringstagers indtegnning i GF Forsikring skrev forsikringstager under på, at hun ikke tidligere var opsagt hos et andet forsikringsselskab på grund af skadeforløbet.

Forsikringstager angav i tilbuddet Tryg Forsikring som tidligere selskab og der blev sat ’minus’ i feltet ’skadetype’, hvor der skal oplyses om antal skader inden for de sidste 3 år.

Tryg Forsikring har på baggrund af det underskrevne samtykke oplyst, at der blev anmeldt skade hhv. den 07.08.2009 - tyveri af taske - og den 16.05.2010 - tyveri af en cykel.

Det underskrevne tilbud vedlægges (bilag 4). På baggrund af de indhentede oplysninger fra tidligere selskaber kunne det konstateret, at forsikringstager afgav urigtige oplysninger i forbindelse med indtegnning. Som følge heraf meddelte GF Forsikring forsikringstager ved skrivelse af 10.09.2014 (bilag 5), at Familiens Basisforsikring blev opsagt med tilbagevirkende kraft samt at selskabet afviste at udbetale erstatning for det anmeldte indbrud. Dette med henvisning til, at forsikringstager ikke havde oplyst, at hendes forsikring tidligere var opsagt grundet skadeforløbet.

Det skal bemærkes, at der ligeledes er givet urigtige oplysninger omkring skadesforløbet de 3 forudgående år. Denne oplysning alene gør ikke, at GF Forsikring ikke kunne antage forsikringen. Det afgørende i sagen er, at forsikringstager ikke har oplyst, at hun tidligere er opsagt af et andet forsikringsselskab.

Selskabet fremsatte ydermere krav om tilbagebetaling ved det, at forsikringstager uretmæssigt i forsikringsperioden har modtaget erstatning for skader forud for nærværende sag. Kravet udgør kr. 5.275,62 og blev fremsendt den 15.09.2014 (bilag 5). Det skyldige beløb er ikke indbetalt.

GF Forsikring modtog herefter skrivelse fra forsikringstagers advokat af 29.10.2014 hvor det blev gjort gældende, at forsikringstager i forbindelse med indtegning gjorde en medarbejder hos GF Forsikring opmærksom på forholdene omkring hendes opsigelse hos Topdanmark samt skaderne hos det tidligere selskab hos Tryg.

Selskabet har modtaget en beskrivelse fra forsikringstager omkring mødet med selskabets medarbejder (bilag 6). Det skal bemærkes, at beskrivelsen er særdeles detaljeret i betragtning af, at dette møde ligger ca. 2¹/₂ år forud.

Forsikringstagers beskrivelse blev forelagt den pågældende medarbejder hos GF, som ved mail af 18.11.2014 oplyste, at han ikke kan erindre at have modtaget information om, at forsikringstager tidligere var blevet opsagt. Endvidere påpeger medarbejderen, at en sådan information ville medføre, at selskabet ikke ville kunne tilbyde indtegning. (Bilag 7)

Ved skrivelse af 19.11.2014 (bilag 8) fastholdte GF Forsikring afgørelsen.

Det bemærkes i den forbindelse at taksator ved sit besøg medtog en ørestikker, hvor den ene fra sættet blev stjålet. Ved tilbagesendelse af ørestikkeren blev denne beskadiget, hvorfor GF har kompenseret forsikringstager for dette med 1208 kr.

Forsikringstagers advokat rettede efter afgørelsen henvendelse til GF Forsikring med anmodning om retshjælpsdækning, hvilket selskabet afviste. Korrespondance omkring dette vedlægges (Bilag 9)

Selskabets stillingtagen:

GF Forsikring fastholder, at der ved udfyldelse af tilbud blev afgivet urigtige oplysninger i henhold til Forsikringsaftalelovens § 6. Selskabet har således været berettiget til at opsiges forsikringen med tilbagevirkende kraft til ikrafttrædelsesdatoen.

Det fastholdes endvidere, at selskabet har været berettiget til at afvise erstatningskravet i forbindelse med det anmeldte indbrud samt at selskabet har et tilbagebetalingskrav vedrørende tidligere anmeldte skader og dertil hørende udbetalinger.

Medarbejderen hos GF Forsikring medgiver, at han udfyldte tilbuddet, hvilket skete i samråd med forsikringstager ved et personligt møde. Som medarbejderen har beskrevet i sin mail, var det forsikringstagers udsagn som bliver skrevet i tilbuddet, som forsikringstager efterfølgende gennemgik og underskrev.

På trods af, at det omtalte møde foregik den 14.05.2012, har forsikringstager særdeles detaljeret beskrevet hvordan mødet efter hendes opfattelse forløb. Et forløb som medarbejderen hos GF ikke kan genkende fra denne indtegning, som skete for mere end 2 år siden.

Som det fremgår i mailen fra medarbejderen fra GF Forsikring, ville en oplysning om, at forsikringstager var blevet opsagt hos et andet selskab have betydet, at GF ikke kunne tilbyde at tegne forsikring. Det skal hertil bemærkes, at der er tale om en endog meget rutineret medarbejder med mange års erfaring, hvorfor det har formodningen imod sig, at medarbejderen ville se bort fra en så vigtig oplysning.

Som det er beskrevet ville indtegning i dette tilfælde være i direkte modstrid med selskabets acceptpolitik. GF Forsikring indtegner således ikke kunder, som tidligere er opsagt af et andet forsikringsselskab.

Til orientering vedlægges kopi af selskabets acceptpolitik, som var gældende på det tidspunkt hvor indtegning fandt sted. Heraf fremgår tydeligt at GF Forsikring ikke kan indtegne kunder, som tidligere er opsagt hos et andet forsikringsselskab. (Bilag 10)

Det forhold, at GF Forsikring først i forbindelse med nærværende sag har fundet anledning til, at indhente oplysninger fra tidligere selskaber, kan ikke tillægges betydning ved vurderingen af, hvorvidt forsikringstager har afgivet urigtige oplysninger ved tegning af forsikringen.”

Nævnet har fået forelagt sagens bilag.

Heraf fremgår bl.a., at der tidligere er udbetalt i alt 22.708,81 kr. i erstatning for cykeltyveri og tyveri af en klapvogn. Selskabet har nu fratrukket for meget betalt præmie på 5.275,62 kr., således at tilbagebetalingskravet udgør 17.433,19 kr.

I forsikringstilbud af 14/5 2012 er det bl.a. anført:

Skadeoplysninger ved tegning af forsikring:

Har du haft skader på indboforsikring indenfor de sidste 3 år?

Ja ☐

Nej ☐

Hvis ja, bedes du svare på følgende spørgsmål.

Navn på tidligere forsikringselskab	Årstal for skaden	Skadetype	Udbetalt erstatning i kroner
Top Danmark		Indbrud	

Jeg ønsker at tegne familiens basisforsikring på de nævnte vilkår.

1. Nytegnning af forsikring - ingen tidligere forsikring skal opsiges.

Forsikringen skal træde i kraft pr.:

14/5-12

Har du eller medlemmer af din husstand tidligere haft familie-/indboforsikring? ☐ Ja ☐ Nej

Hvis ja: GF FORSIKRING bemyndiges til, på mine vegne, at indhente oplysninger om forhold vedrørende:

Forsikringselskab	Policensnummer

”

...

ACCEPT AF GF FORSIKRINGS TILBUD

Jeg accepterer hermed GF Forsikrings tilbud af 14.05.2012

Med min underskrift bekræfter jeg, at de givne oplysninger og forudsætninger er korrekte. Endvidere bekræfter jeg, at jeg og min husstand ikke er blevet pålagt strengere vilkår (fx forhøjet selvrisko eller præmie) eller er blevet opsagt af noget selskab tidligere pga. skader, restance mv. Jeg er indforstået med, at der indhentes oplysninger fra mine tidligere forsikringselskaber om skadeforløbet.

14.05.12
Dato

Underskrift

Medforsikredes underskrift

[Forsikringstagers navn og adresse]”

Klageren har i en mail til sin advokat af 27/10 2014 anført følgende:

”Efter telefonisk aftale vil jeg beskrive hændelsen omkring udfyldelse af forsikringsbegæringen ved GF.

Efter telefonsamtale med forsikringskonsulent ..., aftalte vi at jeg skulle komme ind og få udfyldt forsikringsbegæringen i deres afd. i Vi sidder ved et bord over for hinanden, han stiller mig spørgsmål vedr. hvor meget jeg tror sum ved mit indbo skal være. Derefter gennemgår vi forsikringsbegæringens spørgsmål, jeg svarer imens han noterer, han spørger om der er alarm i hjemmet, hvilket jeg svarer nej til. Han spørger endvidere om der har været skader på indbo inden for de sidste 3 år, her oplyses han om et tidligere indbrud da jeg var kunde i Top Danmark, hvor jeg blev opsagt pga. for stor skade risiko. Grundet lejlighedens beliggenhed ud til p. plads hvor der var øget chance for indbrud.

... spørger til hvornår dette skete, jeg oplyser det lå længere end 3 år tilbage, han fortæller at det ikke er noget problem da det ligger længere tilbage end de 3 år der bliver spurgt om. Desuden fortæller jeg at da jeg var kunde i TRYG havde jeg to skader, et taske tyveri i min lejlighed ved ulåst dør i entre og min søn cykel der blev stjålet. ... spørger mig om der skal opsiges tidligere forsikring, jeg svare nej, da jeg på daværende tidspunkt ikke havde en indbo forsikring, grundet vi havde boet ved min søster og var dækket af hendes indbo forsikring.

Til slut beder han mig skrive under og skrive bank oplysninger samt om jeg ønsker at betale min forsikring over betalings service, dette gør jeg uden at tøve da jeg har fuld tiltro til at alt er som det skal være, der er intet der har talt imod andet under vores snak. Han byder mig velkommen og bekræfter at min forsikring nu er trådt i kraft. Inden jeg går får jeg en mappe med de spørgsmål vi har haft gennemgået, men ikke en kopi af original så jeg har kunne se hvad han har skrevet, samt tilbuddet og andet materiale. Desværre har jeg på intet tidspunkt sæt spørgsmålstegn ved hans udfyldelse, jeg har fuldt ud stolet på den fagperson og har ikke tænkt at jeg skulle læse det vi lige havde gennemgået igennem, jeg fik heller ikke besked på dette, fik egentlig bare sendt papir over så jeg kunne underskrive. Det undre mig meget at begæringen er så mangelfuld udfyldt at han bla. ikke har afkrydset i alarm, om jeg har haft skade på indbo inden for de sidste 3 år i her har heller ikke afkrydset i hverken "ja eller nej" samt mine to skade i TRYG, som jeg ikke kan se uden i at jeg ikke skulle oplyse dem. Ligesom han heller ikke har afkrydset i familie/indboforsikring i "ja eller nej" hvilket han jo godt vidst da han har skrevet TRYG.

Jeg har under hele dette forløbet indirekte fornemmet at de har troet, at det var et indbrud jeg selv havde arrangeret. Grundet bla. deres spørgsmål om mit alibi og at de skulle se mine klædeskabe. Jeg synes ellers jeg har gjort mit for at modbevise min uskyld da jeg har fortalt politi om at der var en jeg mistænkte, men desværre blev sagen lukket da der på daværende tidspunkt ikke var beviser nok.

Jeg synes at GF bære en stor del af skylden i det her, da det er deres mand der har udfyldt mine papir og det er så mangelfuld, det er underligt at de har godtaget det. Man har vel en forpligtigelse begge partner i sådan en kontrakt. Jeg føler mig ført bag lyset og føler at de har skulle finde noget så de har kunne skubbe alt ansvar væk og slippe for udbetaling. Jeg har haft andre skade såsom cykler hvor der intet har været, så der har været rig mulighed for at se at den var mangelfuld. Egentlig falder det mig ind om det minus ved skader er sat efterfølgende dette indbrud, jeg har ingen tiltro til dem."

I mail af 18/11 2014 fra den kunderådgiver, som klageren havde mødet med ved underskrivelsen af indtegningsblanketten fremgår det bl.a.:

"Med hensyn til indtegnning af forsikringstager ...

Som jeg husker det mener jeg ikke at have set eller hørt fra forsikringstager at der skulle være opsagt en forsikring i hendes navn fra et navngiven forsikringsselskab da vi ellers ikke ville have lavet en forsikring til hende. Det er selskabet GF politik/regler ikke at kunne tilbyde en forsikring hvis forsikringstager er opsagt af andet selskab

Hun kommer ind til mig pga Skilsmisse som jeg også har påført et notat til GF om.

At jeg hjælper hende med udfyldelse af papirerne så sker det imens hun sidder herinde og jeg er i dialog med hende... og det er hendes udsagn der bliver skrevet på papirerne og det er også det hun efterfølgende ser og underskriver rigtigheden af.

Andet husker jeg ikke fra forløbet.

Nævnet udtaler:

Klageren accepterede den 14/5 2012 et tilbud om forsikring hos selskabet. Det fremgik af accepten, som klageren underskrev, at klageren bekræftede, at hun ikke var blevet "opsagt af noget selskab tidligere pga. skader, restance mv."

Selskabet har i forbindelse med anmeldelsen af et større indbrud den 23/24 juli 2014 hos klageren afvist at yde dækning med henvisning til, at klageren ved tegningen af forsikringen afgav urigtige oplysninger, idet hun ikke oplyste, at hun i 2009 var blevet opsagt på grund af sit skadeforløb hos et andet selskab. Selskabet har med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6 annulleret klagerens familieforsikring med tilbagevirkende kraft til ikrafttrædelsestidspunktet og har krævet tidligere skadeudbetalinger tilbagebetalt. Selskabet har herved anført, at såfremt det havde fået oplysninger om, at klageren tidligere var blevet opsagt på grund af skadeforløbet i et andet selskab, ville det ikke have tegnet forsikringen.

Klageren har heroverfor gjort gældende, at selskabets kunderådgiver udfyldte felterne begæringen, og at rådgiveren blandt andet oplyste, at det ikke havde relevans, hvis opsigelsen lå mere end 3 år tilbage. Selskabet bestrider, at kunderådgiveren har givet klageren en sådan oplysning, eller at kunderådgiveren er blevet oplyst om, at klageren tidligere var blevet opsagt af et andet selskab.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet at måtte lægge til grund, at klageren uagtsomt har afgivet objektivt urigtige oplysninger ved at oplyse, at hun ikke tidligere var blevet opsagt af noget selskab. Nævnet finder endvidere, at selskabet har dokumenteret, at det ikke ville have

tegnet forsikringerne, hvis klageren havde afgivet korrekte oplysninger vedrørende opsigelsen i et tidligere selskab. Endelig finder nævnet, at klageren ikke har bevist, at kunderådgiveren blev oplyst om, at hun var blevet opsagt at et tidligere selskab, og at kunderådgiveren i denne forbindelse oplyste, at det ikke havde relevans for klagerens tegning af forsikringen i selskabet.

Nævnet kan herefter ikke kritisere, at selskabet har ophævet forsikringerne med tilbagevirkende kraft fra tegningstidspunktet, jf. forsikringsaftalelovens § 6.

Nævnet forudsætter i denne forbindelse, at selskabet tilbagebetaler de af klageren i perioden indbetalte præmier eller modregner beløbet i selskabets krav mod klageren.

For så vidt angår selskabets krav om tilbagebetaling af 17.433,19 kr., som selskabet tidligere har udbetalt, finder nævnet, at reglerne om *condictio indebiti* fører til, at selskabet ikke kan kræve tilbagebetaling. Nævnet lægger i den forbindelse navnlig vægt på, at klager alene kan anses for at have afgivet de urigtige risikoplysninger ved simpel uagtsomhed, og på, at hun ikke kan anses for at have været i ond tro i forhold til at være berettiget til erstatningen.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, GF-Forsikring A/S, skal anerkende, at det ikke er berettiget til at kræve erstatninger for tidligere skader tilbagebetalt.

Klageren får i øvrigt ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen formand

Bilag 6

U.2006.1881/2V

Forsikringsselskab fri for ansvar på grund af urigtige oplysninger ved tegning af forsikring.

Forsikring 3.1 og 7.3.

I januar 2001 underskrev A en anmodning om nye forsikringer - fritidsulykkesforsikring, husforsikring, familieforsikring og bilforsikring - hos forsikringsselskab F og oplyste i den forbindelse bl.a., at der ikke - efter en skade - var stillet krav om skærpede vilkår som f.eks. forhøjet præmie m.v., og at A ikke inden for de sidste 3 år havde haft skader på tilsvarende forsikringer. Forsikringsselskabet C havde imidlertid i oktober 1999 varslet forhøjelse af præmierne på A's basisforsikring, husforsikring og 2 bilforsikringer med mere end 50 % ud fra A's forsikringsforløb de sidste år. Efter at A i november 2002 over for F havde anmeldt tyveri af et golfudstyr, besvarede C en forespørgsel fra F om A's forsikringsforhold. F meddelte herefter A, at F havde fået oplyst, at der i tiden fra medio oktober 1998 til juli 2001 havde været anmeldt 5 skader, og at der i oktober 1999 var varslet præmieforhøjelse på familieforsikringen på grund af skadeforløbet. F anførte videre, at man med kendskab hertil ikke ville have tegnet forsikringen, som opsagdes pr. ikrafttrædelsesdatoen 1. maj 2001 på grund af urigtige oplysninger. Det blev efter bevisførelsen lagt til grund, at P, der havde tegnet forsikringen for F, havde set C's brev fra oktober 1999, men ikke havde fået forevist den medfølgende oversigt over forsikringspræmier og forhøjede præmier fra 1. maj 2000. Det blev videre lagt til grund, at F ikke ville have indgået aftale om familieforsikringen, hvis oplysningerne om det samlede forløb hos C var kommet frem. F var herefter fri for ansvar, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1.

V.L.D. 10. marts 2006 i anke 4. afd. B-0594-05 (Sigrid Ballund, Olav D. Larsen, Sune Poulsen (kst.)).

A (adv. Bo Tind Harre, Fredericia)

mod

If Skadeforsikring (adv. Niels Rasmussen, Hvidovre).

Fredericia Civilrets dom 3. marts 2005.

Under denne sag, der er anlagt den 20. september 2004, har sagsøger, A, påstået sagsøgte, If Skadeforsikring, tilpligtet at anerkende, at sagsøgte skal betale erstatning til sagsøger i anledning af, at sagsøger den 26. november 2002 fra - - - Golfklub, - - -, fik stjålet golfudstyr som anmeldt den 26. s.m.

Sagsøgte har påstået frifindelse.

Den 22. oktober 1999 skrev forsikringsselskabet Codan bl.a. således til sagsøger:

1882

»FORHØJELSE AF PRÆMIE PÅ DERES PRIVATFORSIKRINGER

Codan vurderer jævnlige, om der er en rimelig sammenhæng mellem præmieindtægter og skadeudgifter på den enkelte kunde.

Ud fra Deres forsikringsforløb de sidste år kan vi se, at vi må ændre Deres forsikringsvilkår, så De kommer til at betale en større samlet præmie for Deres skadeforsikringer. Vi har fordelt stigningen over flere forsikringer, da vi ser på helheden i Deres kundeforhold. Den vedlagte oversigt viser de nye præmier. . . .«

Præmien på sagsøgers basisforsikring, husforsikring og to bilforsikringer blev hermed varslet forhøjet med mere end 50%.

Sagsøger underskrev den 9. januar 2001 en anmodning om nye forsikringer hos sagsøgte i form af fritidsulykkeforsikring, husforsikring, familieforsikring og bilforsikring. I anmodningen er bl.a. anført:

»... De har oplyst:

- at De inden for de sidste 5 år ikke har haft tilsvarende forsikringer, som er opsagt af et andet forsikringsselskab, og at der ikke - efter en skade - er blevet stillet krav om skærpede vilkår som f.eks. forhøjet præmie, sikringskrav eller særlig selvrisiko.

- at De eller Deres husstand inden for de sidste tre år ikke har haft skader på tilsvarende forsikringer, med mindre andet er angivet her (alle skader skal nævnes):

Evt. skadeår

Skadens art

Hvilket selskab

Jeg erklærer, at de oplysninger jeg har givet, er i overensstemmelse med de faktiske forhold, og at jeg ikke har fortiet noget om disse forhold. Jeg er bekendt med, at fortielser eller forkerte oplysninger kan få indflydelse på præmierne, eller få betydning for forsikringsdækningen så denne enten kan nedsættes eller bortfalde.

Jeg er indforstået med, at If Skadeforsikring, både før jeg indgår en forsikringsaftale og efter en eventuel skadesanmeldelse, kan indhente oplysninger om de foran nævnte tidligere forsikringsforhold hos de selskaber, hvor jeg har været forsikret de sidste fem år. . . .«

Den 28. november 2002 anmeldte sagsøger, at han under besøg på - - - Golfklub i - - - den 26. s.m. havde mistet golfudstyr til en værdi af ca. 20.000 kr., idet »tyveriet skete da jeg var inde i klubhuset, da stod golfsættet udenfor og var væk da jeg kom ud efter et kvarter.«.

Den 12. december 2002 besvarede Codan en forespørgsel fra sagsøgte om sagsøgers forsikringsforhold således:

»Kunden har ingen igangværende forsikringer hos os, men vi har haft glæden af ham fra 1998-2002.

Det drejer sig om husforsikring, familieforsikring, ulykkesforsikring og bilforsikring. der har været 9 skader med en udbetaling på ialt kr. 255.492,71. Fra 1997-2001 har kundens firma . . . haft en privatbil forsikret. der har været 9 skader i perioden til ialt kr. 46.466,29.«

Den 18. december 2002 skrev sagsøgte bl.a. således til sagsøger:

». . . I forbindelse med den anmelde skade, har vi undersøgt dit tidligere forsikringsforhold i Codan. Vi har fået oplyst, at der i perioden fra den 16. Oktober 1998 til Juli 2001 har været anmeldt 5 skader og du pr. den 22. oktober 1999 er blevet varslet præmieforhøjelse på familieforsikringen på grund af skadeforløbet.

Havde vi haft kendskab til ovennævnte oplysninger, da familieforsikringen blev tegnet den 1. Maj 2001, ville vi i henhold til vores acceptpolitik have afvist at tegne forsikringen.

I henhold til Forsikringsaftaleloven § 4-6, opsiger vi familieforsikringen pr. ikrafttrædelsesdatoen den 1. Maj 2001 på grund af urigtige oplysninger.

Endvidere vil ulykkes- og parcelhusforsikringen af samme grund blive opsagt. . . .

Af forsikringsbetingelserne fremgår, at forsikringen ikke dækker simpelt tyveri, når »forsikrede har udvist grov uagtsomhed.«

Sekretær V, - - - Golfklub har i et brev af 22. oktober 2004 til sagsøger bl.a. anført:

». . . kan jeg bekræfte, at det er helt sædvanligt at stille sit golfudstyr uden for klubhuset såvel før som efter man går ud for at spille f.eks. i forbindelse med at man går ind for at klæde om, betale greenfee, spise i restauranten, besøge pro-shoppen o.s.v.

I - - - Golfklub er området indrettet således at parkeringspladsen ligger umiddelbart efter indkørslen til klubben. Herfra er der adgang ad en flisebelagt sti, der munder ud i det vi populært kalder »golftorvet«, hvorfra der er indgang til selve klubhuset, omklædningsrum, restaurant og pro-shop og til selve golfbanen.

På golftorvet er der indrettet et specielt område til »parkering« af golfbag's, og der er opsat skilte, hvor det henholdsvis er tilladt og forbudt at henstille sin golfbag. (se vedlagte foto).

. . . .«

Under sagen er der afgivet forklaring af sagsøger samt af P, C og B.

Sagsøger har bl.a. forklaret, at han driver virksomhed som - - -. Han fik brevet fra Codan. Han gav det til P, da denne besøgte ham med henblik på at skifte forsikringsselskab. Han sagde til P, at han havde haft to eller tre glasskader, det var alene de skader, de talte om. P sagde, at alt bliver undersøgt. P havde også telefonisk kontakt med en anden. Ansøgningen blev udfyldt af P på PC, og

han fulgte med heri. Han fik kopi heraf, men læste den ikke efterfølgende. Det er korrekt, at han også havde fået dækket en skade på gulvvarmen, erstatning for noget tøj på en tørresnor, erstatning for tyveri af en motorcykel og formentlig noget tabt arbejdsfortjeneste

1883 efter uheld med motorcyklen. Denne var forsikret i Codan gennem en ordning med Harley Davidson-klubben. Han fik derefter policer og girokort. Han har spillet flere gange på - - - golfklub. Han havde den pågældende dag sluttet spillet og gik i klubhuset for at få noget at spise. Han placerede sit udstyr, hvor det er anvist. Der stod også andet udstyr. Udstyret må ikke medbringes i klubhuset. Han havde parkeret sin bil 100 til 150 meter derfra. Udstyret er købt delvis brugt af en svoger.

P har bl.a. forklaret, at han, der havde virket i forsikringsbranchen i adskillige år, i en kort periode var ansat - på ren provisionsbasis - hos C, der drev virksomhed med tegning af forsikringer for sagsøgte. Han besøgte sagsøger, der viste ham brevet fra Codan. Han spurgte sagsøger om skadesforløbet, hvortil sagsøger meddelte, at årsagen til præmieforhøjelserne var tre glasskader på en bil. Havde han fået oplysninger om de øvrige skader, ville han ikke have tegnet forsikringen. Han ringede til C, der meddelte, at hvis der kun var tale om glasskader, skulle han nok ordne det. Der skulle ikke skrives noget herom i begæringen. Han kan ikke huske, om han meddelte sagsøger, om der ville blive foretaget undersøgelser, men det er helt normal praksis.

C har bl.a. forklaret, at han driver et ejendomscenter, der som selvstændig juridisk enhed har en udelukkende ret til at sælge forsikringer for sagsøgte. P var ansat en kort overgang. Han kan ikke huske den konkrete sag, men en oplysning om tre glasskader på en bil vil ikke være noget problem. Distriktschefen kan eventuelt kontaktes. Han så ikke brevet fra Codan. På baggrund heraf ville der ikke kunne gives dispensation til at forsikringen kunne tegnes hos sagsøgte.

B har bl.a. forklaret, at han er skadebehandler hos sagsøgte. Sagsøgte undersøger ikke tidligere skadesforløb, bortset fra bilforsikringer. Dette skete dog ikke i dette tilfælde, da den aktuelle forsikring, der var en erhver[v]sforsikring forblev i GF. Regionschefen har mulighed for at dispensere i tilfælde af op til tre glasskader indenfor de sidste tre år. Han foretog undersøgelser af skadesforløbet i forbindelse med sagens behandling i forsikringsankenævnet.

Sagsøger har gjort gældende, at P i forbindelse med udfærdigelsen af forsikringsanmodning fik alle relevante oplysninger. P må identificeres med sagsøgte. Sagsøger har ikke handlet svigagtigt eller uagtsomt. Sagsøgte er ikke berettiget til at opsige forsikringsforholdet, og må, da sagsøger ikke har handlet groft uagtsomt i forbindelse med tyveriet af golfudstyret, derfor tilpligtes at betale erstatning herfor.

Sagsøgte har gjort gældende, at sagsøger gav urigtige oplysninger ved udfærdigelsen af forsikringsanmodningen, og skrev under på det deri anførte. Sagsøgte ville have afvist anmodningen, hvis det korrekte skadesforløb var blevet oplyst. P overskred kendeligt sin legitimation, sagsøger burde have været klar over, at andre skulle godkende anmodningen. Forsikringsforholdet er derfor berettiget opsagt af sagsøgte.

Endelig handlede sagsøger groft uagtsomt ved at stille sit udstyr som beskrevet. Det burde efter spillets slutning have været anbragt i bilen.

Rettens bemærkninger:

Det må lægges til grund, at P, der var antaget til at tegne forsikringer for sagsøgte, i forbindelse med udfærdigelsen af forsikringsanmodningen fik udleveret brevet af 22. oktober 1999 til sagsøger. Det findes af brevet at måtte have stået P klart, at baggrunden herfor ikke alene kunne være sagsøgers oplysning om alene at have haft tre glasskader på en bil. Sagsøgte er herefter efter

forsikringsaftalelovens § 9 forpligtet efter aftalen. Henset til værdien af golfudstyret og det forhold, at udstyret efter spillets slutning blev henstillet tilsyneladende uden opsyn i stedet for straks at blive anbragt i en aflåst bil, findes sagsøger at have handlet groft uagtsomt. Sagsøgtes påstand tages derfor til følge. - - -

Vestre Landsrets dom.

- - -

For landsretten har appellanten, A, gentaget sin påstand for byretten. Indstævnte, If Skadeforsikring, har påstået dommen stadfæstet og har subsidiært nedlagt påstand om et mindre dækningsansvar end det fulde ansvar.

A har supplerende forklaret, at han ikke har nogen uddannelse. Han har gået i skole i otte år. Han regnede med, at brevet af 22. oktober 1999 fra Codan om præmieforhøjelser havde sammenhæng med, at han havde haft tre glasskader på sin bil inden for ret kort tid. Udskiftning af bilens forrude kostede ca. 7.000 kr. pr. gang. Han husker ikke, om han i en periode havde forsikringer i Codan til forhøjet præmie. Han kendte P i forvejen, og det er nok baggrunden for, at han ikke selv gennemlæste de papirer, som P skrev. Han kommer på mange golfbaner i Danmark, og det er sædvanligt, at golftasker stilles på samme måde, som det gøres på golfbanen i - - -. Han ved ikke, om der blev stjålet andre golftasker i - - - den 26. november 2002.

P har supplerende forklaret, at han ikke husker, om der i det brev fra Codan, som A viste ham, stod noget om størrelsen af de varslede præmiestigninger. Han så ikke den oversigt over de nye forsikringspræmier, der var vedlagt Codans brev af 22. oktober 1999. Hvis han havde kendt A's samlede forløb hos Codan, ville han ikke have besøgt ham for at drøfte forsikringer hos If Skadeforsikring. Forsikringstegning ville have været udelukket. Det varierer mellem forsikringsselskaberne,

1884 om tre glasskader på en bil vil medføre præmieforhøjelser.

B har supplerende forklaret, at A før det aktuelle tyveri havde haft tre skader i 2001-2002, der blev dækket af If Skadeforsikring. Først i forbindelse med anmeldelsen af tyveriet i november 2002 blev A's forløb hos Codan undersøgt.

Parterne har gentaget deres anbringender for byretten.

If Skadeforsikring har præciserende anført, at A's urigtige oplysninger medfører, at selskabet efter forsikringsaftalelovens § 4 eller § 6 ikke er bundet af aftalen om familieforsikringen.

If Skadeforsikring har angående den subsidiære påstand henvist til forsikringsaftalelovens § 18, stk. 2.

Landsrettens begrundelse og resultat:

I forbindelse med anmodningen om forsikringer hos If Skadeforsikring oplyste A alene P om glasskader, selv om han havde haft flere andre skader, der havde medført udbetaling af betydelige forsikringsbeløb fra Codan.

Det lægges efter bevisførelsen for landsretten til grund, at A viste P brevet af 22. oktober 1999 fra Codan, men at P ikke fik forevist den medfølgende oversigt over forsikringspræmier og forhøjede præmier fra 1. maj 2000.

Det lægges endvidere til grund, at If Skadeforsikring ikke ville have indgået aftale om den pågældende familieforsikring, hvis oplysningerne om det samlede forløb hos Codan var kommet frem.

Det følger herefter af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, at If Skadeforsikring er fri for ansvar.

Landsretten stadfæster derfor dommen. - - -

Bilag 7

U.2004.1572H

Forsikringselskab berettiget til at ændre en forsikringsaftale som følge af urigtige oplysninger på tegningstidspunktet.

Forsikring 3.1.

I forbindelse med tegning af en personforsikring i 1989 hos forsikringsselskabet F afgav A urigtige oplysninger, idet han oplyste, at han ikke var blevet undersøgt eller behandlet på røntgenklinik, fysiurgisk klinik eller hos speciallæge, skønt han på grund af forskellige nakke-, skulder- og rygproblemer i 1985 havde modtaget 3 behandlinger på en fysiurgisk klinik og i 1986 havde fået foretaget en røntgenundersøgelse og var blevet behandlet 3 gange af en speciallæge. A fik ved et færdselsuheld i 1990 nedsat sin erhvervsevne med 65 %. I 1991 ændrede F forsikringsaftalen, bl.a. således at den ikke omfattede invaliderente, idet F anførte, at forsikringen ville være blevet tegnet uden invaliditetsdækning, hvis selskabet havde haft kendskab til undersøgelserne og behandlingerne. Højesteret fandt, at A havde handlet uagtsomt ved ikke at oplyse om undersøgelserne og behandlingerne, og at F ikke var eller

1573

burde have været vidende om A's rygproblemer, jf. forsikringsaftalelovens § 9. Højesteret lagde til grund, at F i forbindelse med forsikringstegningen ville have forelagt sagen for Bedømmelsesforeningen (nu Videncenter for Helbred og Forsikring), hvis A havde givet korrekte oplysninger. Foreningen havde i anledning af sagen i 2 udtalelser anført, at man ville have frarådet tegning af invaliderente også på skærpede vilkår, og på trods af visse faktuelle fejl i udtalelserne lagde Højesteret i overensstemmelse med udtalelserne til grund, at F ikke ville have tegnet forsikringen med invaliderente, hvis A havde givet korrekte oplysninger, jf. forsikringsaftalelovens § 6. F var derfor berettiget til at ændre forsikringen som sket.[1]

H.D. 29. marts 2004 i sag 535/2000 (1. afd.)

A (adv. Karsten Høj, Kbh.) mod

ALKA Forsikring (adv. Torben Bondrop, Kbh.).

Østre Landsrets dom 11. oktober 2000 (17. afd.)

(Brydensholt, Karen-Anke Tørring, Henriette Sartvin (kst.)).

Under denne sag, der er anlagt den 27. februar 1995, har sagsøgeren, A, påstået sagsøgte, ALKA Forsikring, tilpligtet at anerkende, at sagsøgte var uberettiget til den 27. december 1991 at ændre den, mellem sagsøger og sagsøgte indgåede forsikringsaftale, således at forsikringsaftalen ikke omfatter invaliderente og præmiefritagelse.

Sagsøgte har påstået frifindelse.

Sagsøgeren, der ved et færdselsuheld den 27. februar 1990 har fået nedsat sin erhvervsevne med 65 %, havde i 1989 tegnet en personforsikring hos sagsøgte. Sagsøgte har med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6 med tilbagevirkende kraft fra tegningstidspunktet ændret forsikringen, idet sagsøgte gør gældende, at sagsøgeren ved ikke at oplyse, at han i 1986 havde konsulteret en

speciallæge på grund af rygggener, har givet urigtige oplysninger ved forsikringens tegning. Såfremt de korrekte oplysninger var blevet givet, ville forsikringen ifølge Bedømmelsesforeningen - være blevet tegnet uden invaliditetsdækning. Sagsøgeren bestrider at have givet urigtige oplysninger og gør gældende, at de omtalte gener var af almindelig forekommende karakter, og at han, der ikke havde fået stillet en diagnose vedrørende ryg sygdom eller anden sygdom, ved forsikringens tegning var sund og rask.

Sagens nærmere omstændigheder er følgende:

Sagsøgeren, der er født i 1958, var i maj måned 1984 hospitalsindlagt i to uger for et maveonde. I 1985 blev sagsøgeren behandlet på Fysiurgisk Klinik i København for en betændelsesstilstand i højre skulder. Af en skrivelse fra klinikken til sagsøgerens praktiserende læge fremgår, at sagsøgeren blev indskrevet den 6. juni 1985 og afsluttet den 9. september 1985, og at han blandt andet fik en blokade. Det hedder i klinikkens konklusion:

»Bedring efter blokaden, fortsat gener.

Har ikke henvendt sig til lægekons. siden 24.7.1985«

I 1986 fik sagsøgeren smerter i venstre skulder. Han fik i den anledning den 15. april 1986 taget en række blodprøver, der for en dels vedkommende blev gentaget året efter, og han blev undersøgt af speciallæge i fysiurgi og rehabilitering Jørgen Korsgård. I en erklæring af 21. april 1986 udtaler denne blandt andet:

». . .

Nuværende: For 2 år siden uden kendt årsag gradvist tiltagende smerter i lænden. Det bredte sig hurtigt til nakken, hvor pt. har bemærket at det ofte knækker, hvilket giver en løsnende fornemmelse. Siden er der tilkommet smerter i højre skulder. Dette er aftaget lidt nu, men indenfor den sidste måned er der kommet voldsomme sm. i venstre skulder med dårlig bevægelighed. Pt. har endvidere ømhed i alle muskler.

. . .

Er behandlet hos fysioterapeut for halvandet år siden med massage og kolde pakninger uden virkning. Er behandlet hos kiropraktor for halvandet år siden x 12 med kortvarig effekt.

Der foreligger røntgen af columna totalis: holdningsanomal, kileform af TH XII. Ved eftersyn af billederne ses en ret lokaliseret skoliose i columna cervicalis ved C III-IV.

. . .

Konklusion:

pt. har en byldeøm muskulatur. Han har nogle ledsymptomer, han har rygsmerter og han har recidiverende mave-tarmproblemer.

Mange gigtsygdomme kunne egentlig passe ind i dette billede, også flere tarmsygdomme, men blodprøverne er lidt for normale. Som det er i øjeblikket har vi stort set ikke andre muligheder end fortsat at se tiden noget an, prøve at finde den bedst mulige symptomatiske behandling og dernæst evt. give inj. i venstre skulderled. En evt. generel virkning af steroiddosis der kan måske også have en vis diagnostisk interesse.

1574

Primært forsøger vi at omstille fra ibumetin til felden, evt. suppleret med panodil.

Ses om en uge med speciel henblik på skulderinj.»

Det fremgår af en journal fra Centralsygehuset i Hillerød, at sagsøgeren den 24. november 1987 blev undersøgt, efter at han i 14 dage blandt andet havde lidt af voldsomme hosteanfald. Han blev efterfølgende røntgenundersøgt og CT-scannet, men der blev ikke fundet noget abnormt.

I en helbredsattest underskrevet af sagsøgeren den 18. november 1988 til brug for en ansøgning om forsikring i forsikringsselskabet Kgl. Brand besvarede han spørgsmålet »Har De været indlagt, behandlet eller undersøgt på sygehus, ambulatorium e.l., herunder røntgenklinik og fysiurgisk klinik?« bekræftende og oplyste supplerende: »1984 Maveproblem. 1986 Hillerød sygehus, røntgenundersøgelse af hvirvelsøjlen«. I samme erklæring besvarede sagsøgeren lægens spørgsmål om, hvorvidt sagsøgeren led af/havde lidt af »Diskusprolaps, iskias, hold i lænden/nakken, anden ryglidelse?« og »Andre sygdomme bortset fra ukomplicerede børnesygdomme og kortvarige forkølelsetilfælde« benægtende. Endelig oplyste den undersøgende læge, Niels Jørgen Christiansen, i samme erklæring, at der intet abnormt kunne påvises ved sagsøgerens brystkasse og rygsøjle, og at han anså sagsøgeren for rask og fuldt arbejdsdygtig.

Den 6. december 1988 udstedte Kgl. Brand en police, der blandt andet omfattede invaliderente.

Den 31. maj 1989 indgav sagsøgeren en forsikringsbegæring til sagsøgte. Det er angivet på begæringen, at der er tale om en nytegning, og at der ikke er tegnet en livsforsikring i et andet selskab. Sagsøgerens ægtefælle, B, som dengang var ansat som kontorassistent på sagsøgtes Hillerød-kontor, underskrev begæringen som assurandør. Det er oplyst under sagen, at hun som følge heraf modtog 15.000 kr. i provision. På en helbredserklæring dateret samme dag har sagsøgeren på spørgsmålet »Har De inden for de sidste 10 år været indlagt, behandlet eller undersøgt på sygehus, ambulatorium e.l., herunder røntgenklinik og fysiurgisk klinik?« kun oplyst om mavelidelsen i 1985, ligesom han har svaret »nej« til spørgsmålene: »Har De iøvrigt inden for de sidste 10 år været undersøgt og/eller behandlet af læge (herunder speciallæge) kiropraktor, fysioterapeut eller naturlæge?« og »Lider De - eller har De lidt af diskusprolaps, iskias, hold i lænden/nakken eller anden ryglidelse?«. Sagsøgeren afgav ved underskrivelsen af helbredserklæringen en af registertilsynet formuleret samtykkeerklæring, hvorefter sagsøgte kunne søge og videregive oplysninger om sagsøgeren hos og til en række nærmere angivne personer og institutioner, herunder blandt andre til Livsforsikringsselskabernes Bedømmelseskomites register (nu Bedømmelsesforeningens register). Endelig erklærede sagsøgeren, at de oplysninger, »der er afgivet til brug ved tegning af omstående forsikring, er i overensstemmelse med sandheden, og at jeg intet har fortiet«.

Ved skrivelse af 6. juni 1989 anmodede sagsøgte herefter sagsøgeren om løndokumentation og om at udfylde og returnere et spørgeskema om mave- og tarmsygdomme.

I helbredsattesten underskrevet af sagsøgeren og hans læge, Hans Liisberg, den 12. juni 1989 besvarede sagsøgeren lægens spørgsmål om, hvorvidt han led af eller havde lidt af »Diskusprolaps, iskias, hold i lænden/nakken, anden ryglidelse?« benægtende. Det er i attesten oplyst, at lægen havde kendt sagsøgeren i ca. 4 år, og at han var i besiddelse en journal vedrørende sagsøgeren.

Den 20. juni 1989 har læge Mogens Kreutzfeldt på sagsøgtes vegne skrevet D010 (død nul, invaliditet nul) på forsikringsbegæringen, hvilket betyder, at forsikringen kunne antages på normale vilkår. Forsikringen trådte herefter i kraft pr. 1. juni 1989, og der blev udstedt en police, der blandt andet indeholdt følgende forsikringsbetingelser:

»§1: Forsikringen tegnes på grundlag af forsikringsbegæringen og andre efter selskabets skøn fornødne attester og erklæringer.

...

§13: Er der ved forsikringens tegning, forandring eller genkraftsættelse givet urigtige oplysninger af forsikringstageren - med hvem jævnstilles den forsikrede, den begunstigede eller anden i forsikringen interesseret - gælder forsikringsaftalelovens §§ 4-10 således, at i tilfælde af svig yderligere ethvert krav på selskabet fortabes for den, der er skyldig eller meddelagtig i svigen. Endvidere er selskabet, hvis tilfældet falder ind under lovens § 6, stk. 2, berettiget til at nedsætte den i nævnte stykkes 1. punktum omhandlende formindskede forsikringsydelse med indtil en femtedel.

...«

Den 27. februar 1990 blev sagsøgeren impliceret i et færdselsuheld på en tysk autostrada.

Sagsøgeren anmeldte uheldet til sagsøgte den 12. marts 1990.

I en lægeattest dateret den 28. maj 1990 til brug ved ansøgning om præmiefritagelse på grund af erhvervs og -uarbejdsdygtighed anførte sagsøgerens læge, Hans Liisberg, at sagsøgeren led af »contusio et distorio columna cervicalis seqv..« Lægen besvarede spørgsmålet om, hvor længe han forventede, at sagsøgeren ville være fuldstændig ude af stand til at arbejde, således: »3-4 uger fremad. (fra 28.05.90) Pt. vil dog forsøge at gå i arbejde på meget nedsat tid«.

I en skrivelse fra speciallæge Jørgen Korsgård til sagsøgerens praktiserende læge hedder det om sagsøgerens konsultation den 25. april 1991 blandt andet:

1575

»Der foreligger nu blodprøver og rtg.

...

Pt. er fortsat meget smerteforpint, og jeg synes ikke forandringerne giver nogen rimelig forklaring på hans voldsomme sm.

Imovane har ikke haft nogen som helst effekt på sm. eller andet.«

I en skrivelse ligeledes fra speciallæge Jørgen Korsgård til sagsøgerens praktiserende læge dateret den 26. juni 1991 hedder det blandt andet:

». . .

Pt. gennemgås atter objektivt og er fortsat præget af meget ømme infiltrationer, men det er mit indtryk ved undersøgelsen idag, hvor vi trodser smertegrænserne, at der kan være en lokaliseret hypermobilitet omkring C 4-niveauet. Er det tilfældet, er der ingen tvivl om, at det er en ulykkesfølge, for ulykken var ganske voldsom.

...

Pt.s funktionsniveau på arbejde ligger mellem 40- og 50 % under det normale niveau, og det er klart udløst af følger efter ulykken i Tyskland.

Den 6. 8. 1991:

Er nu opsagt fra sit arbejde fra 31.8.

. . .«

I en udskrift fra Centralsygehuset i Hillerød vedrørende en ambulant forundersøgelse den 15. maj 1991 af sagsøgeren hedder det blandt andet:

»Vurdering:

32-årig mand, der gennem 7 år har haft recidiverende smerter i ryg og over bækkenpartiet.

. . .«

Sagsøgte forelagde sagsøgerens begæring om præmiefritagelse for Bedømmelsesforeningen, der den 18. december 1991 tilskrev sagsøgte således:

»*Vedrørende anmodning om responsum:*

På basis af de foreliggende helbredsoplysninger kan vi meddele, at hvis disse havde været oplyst sesforeningen have fastsat følgende forsikringsvilkår:

Dato	:	31.05.1989.
Dødelighedstavle	:	D 0
Invaliditetstavle	:	Afslag

på tegningstidspunkt, ville Bedømmel-

Følgende forhold ligger til grund for
helbredsbedømmelsen:

Siden 1984 gradvis tiltagende smerter i lænden, i
1986 endvidere voldsomme smerter i højre og
venstre skulder med dårlig bevægelighed. Blev
undersøgt af speciallæge i 1986 og fik behandling af
fysioterapeut og kiropraktor. Røntgen viste
holdningsanomali, kileform af TH XII samt ret
lokaliseret scoliose i col. servicalis ved C III-IV. . . .«

Sagsøgte underrettede ved skrivelse af den 27.

december 1991 sagsøgeren om

Bedømmelsesforeningens afgørelse og meddelte
samtidig blandt andet følgende:

»Dette bevirker tillige, at der IKKE kunne etableres
invaliderente.

Forsikringen er herefter ændret i overensstemmelse
med ovennævnte. Ansøgning om præmiefritagelse
kan derfor ikke imødekommes.

Genkøbsværdien på invaliderenten vil snarest blive
fremsendt.«

Forsikringsselskabets afvisning af at give
præmiefritagelse blev stadfæstet af Ankenævnet for
Forsikring i en kendelse afsagt den 23. august 1993.

Sagsøgerens læge, Niels Jørgen Christiansen, oplyste i
en skrivelse dateret den 1. december 1992 som svar
på forespørgsel fra sagsøgte, at han aldrig havde
henvist sagsøgeren til kiropraktorbehandling.

Den 31. december 1992 traf Arbejdsskadestyrelsen
afgørelse om sagsøgerens tab af erhvervsevne,
hvorefter denne var nedsat med 65 %.

I en skrivelse af 9. december 1994 fra speciallæge
Jørgen Korsgård til lægekonsulent i Social- og
Sundhedsforvaltningen i Helsingør Kommune oplyses
det blandt andet:

» . . .

Der kan ikke være tvivl om, at pt.'s vedvarende
smerter og bevægehæmning er udløst af ulykken
. . . .«

I en erklæring af 7. oktober 1995 til
Arbejdsskadestyrelsen udarbejdet af konstitueret
afdelingslæge, speciallæge i neurologi Jens Feilberg,
Amtssygehuset i Gentofte, hedder det i resumeet og
konklusionen blandt andet:

»Sammenfattende vurderes den nuværende tilstand
som en direkte følge af ulykkestilfældet. Der er intet
der tyder på en anden tilgrundliggende
sygdomsårsag. Tilstanden skønnes stationær og uden
mulighed

for yderligere kurativ behandling, . . .«

Det er for retten oplyst, at Bedømmelsesforeningen
har til formål at sikre, at forsikringssøgende med
forøget risiko så vidt muligt kan tilbydes
personforsikring på et tilstrækkeligt statistisk og
lægeligt grundlag. Dette sker dels ved, at der
foretages personforsikringsbedømmelse igennem
Personforsikringsselskabernes Bedømmelseskomité,
dels ved at der føres register over personer, der er
bedømt af komiteen. Herudover gennemføres
statistikundersøgelser af erfaringer om dødelighed og
invaliditetshyppigheder for forøgede risici indvundet i
livs- og pensionsforsikringsselskaberne.

Bedømmelsesforeningen baserer sin virksomhed på
et dokumenteret grundlag i manualform.

Bedømmelsesgrundlaget (Blå bog) anvendes af de
læger, der er direkte tilknyttet foreningen. Til brug i
selskaberne er der ligeledes

1576 udarbejdet en manual (Gul bog), der
indeholder vejledning for selskaberne i behandlingen
af helbredsoplysninger og regler for henvisningspligt
til Bedømmelsesforeningen.

I en skrivelse af 9. august 1996 redegjorde
Bedømmelsesforeningen over for sagsøgerens
advokat for de oplysninger, der var i foreningens
register. Det hedder i denne redegørelse blandt
andet:

» . . .

Bedømmelse:

Risikofastsættelsen sker for både risikoen for tidlig
død og for invaliditet eller længerevarende
erhvervsudygtighed på en skala fra 0-8 eller afslag.
Ud fra det angivne skalatrin kan selskabet under
hensyntagen til den forsikringssøgendes alder og
forsikringssammensætning/-størrelse fastsætte
præmien.

Det er i dette tilfælde givet en tavle-bedømmelse pr.
31.05.1989, som hedder D0 I-afslag. Dette betyder, at

der for så vidt angår dødsfaldsrisikoen (D-tavlen) er sket en indplacering på trin 0 (normale vilkår) og for så vidt angår invaliditetsrisikoen (I-tavlen) er givet afslag på tegning af forsikring.

Årsag til bedømmelsen:

Siden 1984 gradvist tiltagende smerter i lænden, i 1986 endvidere voldsomme smerter i højre og venstre skulder med dårlig bevægelighed. Blev undersøgt af speciallæge i 1986 og fik behandling af fysioterapeut og kiropraktor. Røntgen viste holdningsanomali, kileform af TH XII samt ret lokaliseret scoliose i col. cervicalis ved CIII-IV. . .« I Bedømmelsesforeningens skrivelse af 22. januar 1998 til sagsøgtes advokat hedder det i anledning af advokatens anmodning om en ny bedømmelse, hvor man så bort fra en tidligere antagelse om, at sagsøgeren havde været undergivet kiropraktorbehandling:

». . .

Sagen har været forelagt den lægelige komité til en ny uafhængig vurdering.

Den nye vurdering er ligesom tidligere D0 I-afslag pr. 31.05.1989.

Vurderingen er baseret på oplysningerne om behandlingskrævende peritendinitis humeroscapularis dxt. fra juni til september 1985, hvor der efterfølgende fortsat er gener. Desuden siden 1984 gradvist tiltagende smerter i lænden bredende sig til nakken og behandlet via fysioterapi. Dertil kommer behandlingskrævende ømhed i alle muskler og højre skulder i 1986, hvor røntgen af columnna totalis viste objektive fund. Dette i kombination med et fysisk krævende erhverv.

Det giver ikke anledning til ændring af antagelsesvilkårene, såfremt det lægges til grund, at A aldrig har konsulteret en kiropraktor.«

Bedømmelsesforeningen har yderligere i skrivelse af 3. august 1999 til sagsøgtes advokat anført:

». . .

Ved den helbredsmæssige risikovurdering er der som tidligere angivet lagt til grund, at der siden 1984 har været tale om gradvist tiltagende smerter i lænden, bredende sig til nakken, behandlingskrævende

ømhed i alle muskler og højre skulder i 1986, objektive fund i ryggen i 1986, samt at A havde et fysisk krævende erhverv. Der er endvidere lagt vægt på behandlingskrævende peritendinitis humeroscapularis dxt. fra juni til september 1985, hvor der efterfølgende har været gener.

Opslag i Gul Bog sker under ryglidelser 1.2.2. (side 3), som omfatter personer med 3 eller flere anfald af ryggene og hvor der er tale om objektive fund. Gul Bog angiver her, at sagen skal henvises til Bedømmelsesforeningen. Det er ikke muligt direkte at foretage opslag vedrørende skuldergenerne, men vurdering sker på basis af Andre lidelser i bevægeapparatet 1.2. (side 9), hvorefter sagen også skal henvises til Bedømmelsesforeningen.

Opslag i Blå Bog sker under ryglidelser 1.2.2.1. (side 2), som omfatter personer med 3 eller flere anfald af ryggene og hvor der er tale om objektive fund og mindre end 10 års symptomfrihed. Heraf fremgår det, at bedømmelsen vil være D0 I-afslag, hvilket betyder, at der kan tegnes dødsfaldsdækning på normale vilkår, men uden ret til præmiefritagelse, mens der vil blive givet afslag på tegning af forsikring med invaliditetsdækning.

Det er anført, at der er mulighed for særregel. Dette betyder, at der, under forudsætning af, at der ikke er tale om andre lidelser, kan gives mulighed for at tegne dødsfaldsdækning med ret til præmiefritagelse undtagen i tilfælde, hvor uarbejdsdygtigheden skyldes lidelser i ryggen. Betingelserne vedr. særregel og iskiasklausul fremgår af side 11.

Der er imidlertid i denne sag også tale om gener i skulderen, hvorfor det ikke vil være muligt at anvende særreglen.

Lige som i Gul Bog er det ikke muligt at foretage et direkte opslag vedrørende skuldergenerne, men vurderingen sker med udgangspunkt i 12.2. (side 9). Der lægges til grund, at der har været tale om en behandlingskrævende lidelse igennem en længere periode i 1986 samt at der fortsat er gener. Der er tillige tale om fysisk krævende arbejde.

Da ryglidelsen i sig selv giver afslag på tegning af invaliditetsdækning er der ikke foretaget nogen

nærmere vurdering af præcist hvilken skærpelse af invaliditetstavlen, der vil være tale om, men der ville være tale om en skærpelse som følge af skuldergenerne.

...«

Til brug for nærværende retssag fik »Rådet for Dansk Forsikring og Pension« den 5. december 1997 stillet en række spørgsmål, der den 12. juni 1998 blev besvaret blandt andet således:

1577

»Spm. 1.

Var det i 1989 god forsikringsskik og/eller kutyme at indhente yderligere oplysninger hos lægen, når denne ved besvarelsen af helbredsattesten afs. III, spm 2 bekræfter at have »kendskab til eller optegnelser om forsikringssøgende, der kan korrigere eller supplere de givne oplysninger«, og lægen som »nærmere oplysninger« anfører: »journal« ?« »Ad spørgsmål 1:

Det er efter rådets opfattelse lidet oplysende blot at angive ordet »journal«. I sådanne tilfælde var det ikke almindeligt, at forsikringsselskaberne foranstaltede yderligere undersøgelser.«

»Spm. 1 a

Det bedes herunder oplyst, om det er ualmindeligt, at lægen - i tilfælde hvor denne i helbredsattesten bekræfter at have korrigerende/supplerende oplysninger - henviser til andre forhold/lidelser, end de af forsikringssøgende oplyste?« »Ad spørgsmål 1a: Meningen med dette spørgsmål i helbredsattesten var, at lægen i tilfælde, hvor der er supplerende/korrigerende helbredsoplysninger af betydning for sagen, skal angive disse.«

»Spm. 4

På hvilke vilkår må et forsikringsselskab antages at ville have antaget den i sagen omhandlede forsikring, hvis selskabet i forbindelse med indgivelse af begæringen var blevet gjort bekendt med, at forsikringssøgende i sommeren 1985 blev behandlet på fysiurgisk klinik med bl.a. strøm og blokader for hold i nakken,

at forsikringssøgende i sommeren 1986 blev behandlet hos speciallæge med bl.a. blokader for hold i nakken, at forsikringssøgende siden behandlingerne har været symptomfri.

« »Ad spørgsmål 4:

Forsikringsselskaberne fulgte ikke samme praksis. Nogle selskaber ville have antaget forsikringen på almindelige vilkår. Andre selskaber ville have antaget forsikringen på skærpede vilkår, eventuelt efter indhentelse af yderligere oplysninger.«

»Spm. 5

Ville et selskab normalt bede om eller selv indhente yderligere oplysninger, hvis den forsikringssøgende oplyste at have fået behandling for hold i nakken? I givet fald hos hvem?«

»Spm. 5 a

Var det kutyme og/eller god forsikringsskik, at et selskab ville bede om eller selv indhente yderligere oplysninger, hvis den forsikringssøgende oplyste at have fået behandling for hold i nakken? I givet fald hos hvem ?«

»Ad spørgsmål 5 og 5 a:

Et forsikringsselskab ville normalt bede forsikringssøgende om at udfylde og indsende et rygskema, hvis forsikringssøgende oplyste at have fået behandling for hold i nakken.«

»Spm. 6

Ville et selskab bede om eller selv indhente yderligere oplysninger, hvis den forsikringssøgende oplyste at være blevet røntgenfotograferet? I givet fald hos hvem?«

»Spm. 6 a

Var det kutyme og/eller god forsikringsskik, at et selskab bad om eller selv indhentede yderligere oplysninger, hvis den forsikringssøgende oplyste at være blevet røntgenfotograferet? I givet fald hos hvem?« »Ad spørgsmål 6 og 6 a: Et forsikringsselskab ville normalt indhente yderligere oplysninger om en røntgenfotografering hos den læge, der ordinerede røntgenoptagelserne.«

» Spm. 7

Ville et selskab have antaget den i sagen omhandlede forsikring uden forbehold, hvis selskabet var blevet gjort bekendt med sagens bilag 19? [behandlingen i 1985 på Fysiurgisk Klinik] Hvis nej, i givet fald med hvilke vilkår?» »Ad spørgsmål 7:

Forsikringsselskaberne fulgte ikke samme praksis. Nogle selskaber ville have antaget forsikringen på almindelige vilkår. Andre selskaber ville have antaget forsikringen på skærpede vilkår, eventuelt efter indhentelse af yderligere oplysninger.«

»Spm. 8

Ville et selskab have antaget den i sagen omhandlede forsikring uden forbehold, hvis selskabet var blevet gjort bekendt med sagens bilag D og J? [Jørgen Korsgårds skrivelser] Hvis nej, i givet fald med hvilke vilkår?»

»Ad spørgsmål 8:

Var selskaberne gjort bekendt med de forhold, der er indeholdt i bilagene D og J, ville en antagelse forudsætte indhentelse af yderligere oplysninger om disse forhold. Medmindre der var indtruffet en bedring, ville der blive meddelt afslag på tegning af invaliditetsydelse.«

»Spm. 9

Ville et selskab have antaget den i sagen omhandlede forsikring uden forbehold, hvis selskabet var blevet gjort bekendt med sagens bilag 19, D og J? Hvis nej, i givet fald med hvilke vilkår?»

»Ad spørgsmål 9:

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 7 og 8.«

»Spm. 10

Der er tvivl om, hvorvidt forsikringssøgende overhovedet er blevet behandlet af kiropraktor, hvorfor spm. 6, 7 og 8 bedes besvaret under den forudsætning, at kiropraktorbehandling ikke har fundet sted.«

1578

»Ad spørgsmål 10:

Det er uden betydning for besvarelsen, om kiropraktorbehandling har fundet sted.«

Til brug for retssagen har Retslægerådet henholdsvis den 16. juni 1998, den 11. februar 2000 og den 25. april 2000 besvaret spørgsmål fra parterne således:

»Spørgsmål 2:

Det bedes oplyst, om det kan konstateres, at A forud for 1989 led af en ryglidelse. I bekræftende fald bedes oplyst, om A's ryglidelse efter en lægelig vurdering og ud fra en samlet vurdering af oplysningerne om lidelsen kan karakteriseres som:

en ubetydelig lidelse

en mindre lidelse

en betydelig lidelse

en mere betydelig lidelse

Det fremgår af de lægelige sagsakter, herunder speciallægeudtalelse af 21.04.86 og journalnotat fra Centralsygehuset i Hillerød, at sagsøger gennem nogle år har haft smerter i lænden med udstråling til nakke og højre skulder. Der er givet forskellige former for fysikalsk behandling, ligesom sagsøger også har søgt kiropraktor. Ved røntgenundersøgelsen af rygsøjlen er der, i følge de foreliggende sagsakter, allerede i 1986 påvist holdningsanomalier i rygsøjlen samt kileform af den 12. brysthvirvel. De objektive fund er som beskrevet under besvarelsen af spørgsmål 1. For så vidt angår varigheden af sagsøgers symptomer på det pågældende tidspunkt, anføres det i journalmateriale i Centralsygehuset i Hillerød at ryg- og skuldersymptomerne svandt, men at sagsøger i den efterfølgende periode frem til 1990 følte sig stiv i ryggen og stort set ophørte med enhver form for sportsudøvelse, som han tidligere havde brugt en del tid på. På dette grundlag er det Retslægerådets vurdering, at sagsøgers ryglidelse på daværende tidspunkt må karakteriseres som en »mindre lidelse«.

...

Spørgsmål 5:

Det bedes oplyst, hvorvidt oplysningen om, at A har konsulteret en kiropraktor, har betydning for Retslægerådets besvarelse af spørgsmålene. Oplysninger fra en eventuel kiropraktor-journal ville evt. have betydning for vurdering af ryglidelsens varighed.

Spørgsmål 5 a:

I bekræftende fald bedes spørgsmål 1-5 tillige besvaret under den forudsætning, at kiropraktorbehandling ikke har fundet sted. Spørgsmål 1-5 er besvaret uden kendskab til en evt. kiropraktor-behandling.

Spørgsmål 6:

Giver sagen iøvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

På grundlag af de lægelige sagsakter er det Retslægerådets vurdering, at sagsøger har haft en forud for ulykkestilfældet den 27.02.90 bestående ryglidelse. Ryglidelsen synes imidlertid kun at have givet beskedne symptomer i årene umiddelbart forud for den 27.02.90. I tilslutning til ulykken den 27.02.90 får sagsøger på ny smerter i lænden med udstråling til nakke- og haleben, som fortsat er til stede ved den seneste speciallægeundersøgelse i sagens akter, . . . dateret den 07.10.95. Samtidig beskrives der i den pågældende speciallægeerklæring psykiske ændringer. Det er herefter rådets vurdering, at ulykkestilfældet den 27.02.90 er den umiddelbare årsag til recidivet af sagsøgers rygsymptomer. Retslægerådet finder det ikke muligt at afgøre, i hvilket omfang sagsøgers forudbestående ryglidelse har været medvirkende til sagsøgers tilstand, således som den er beskrevet i speciallægeerklæringen af 07.10.95 . . .« *Spørgsmål 7:*

Retslægerådet har som svar på spørgsmål 6:

»Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger«

bl. a. oplyst, at

»Retslægerådet finder det ikke muligt at afgøre, i hvilket omfang sagsøgers fortsat bestående ryglidelse har været medvirkende til sagsøgers tilstand, således som den er beskrevet i speciallægeerklæring af 07. oktober 1995 . . .«

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt sagsøgers forudbestående ryglidelse må antages at have gjort sagsøger særligt disponeret for den ved ulykkestilfældet den 27. februar 1990 indtrådte tilstand.

Det er Retslægerådets vurdering, at sagsøgers forud bestående ryglidelse har været en disponerende faktor for så vidt angår de rygsymptomer, som sagsøger udviklede i tilslutning til ulykkestilfældet den 27.02.90. Som anført i svaret på spørgsmål 6 kan Retslægerådet ikke afgøre *i hvilket omfang*, den forudbestående ryglidelse har medvirket til sagsøgers tilstand, således som den er beskrevet i speciallægeerklæ-

ringen af 07.10.95 . . .« *Forklaringer:*

Der er under sagen afgivet forklaring af sagsøgeren, dennes ægtefælle B, Jørgen Korsgård, Alice Lykke, Birgit Nielsen, Mads Kragh og Kjeld Devantier.

Sagsøgeren har blandt andet forklaret, at han, der i 1980 blev uddannet som blikkenslager og kort tid efter tog eksamen som gas- og vandmester, i 1987 blev ansat som salgsdirektør i - - - A/S. Han havde i den egenskab ansvaret for selskabets eksport. Han kom til skade under en rejse til Prag i 1990.

Kort tid efter at han var blevet udskrevet efter mavetilfældet i 1984, var han helt frisk igen. I 1985 henvendte han sig på Fysiurgisk Klinik på Hans Knudsens

1579

Plads vedrørende smerter i højre skulder. Han fik behandling der 2 måske 3 gange. Han blev ikke røntgenundersøgt på klinikken. I 1986 fik han på ny skulderproblemer. Denne gang var der tale om diffuse smerter i ryggen ud mod venstre skulder. Smerterne havde ingen indflydelse på hans arbejdsindsats, og han husker ikke, at han skulle have haft vanskeligt ved at sove. Han har ikke før færdselsuheldet været i behandling hos en kiropraktor. Han mener ikke, han blev røntgenundersøgt i forbindelse med behandlingen hos Korsgård, det skete derimod på Bispebjerg Hospital: Han kom sig efter behandlingen og spillede tennis i KB 2-3 gange om ugen, ligesom han lejlighedsvist spillede fodbold i - - - Idrætsforening. Han valgte først at tegne livsforsikringen i Kgl. Brand, fordi familiens øvrige forsikringer var tegnet i dette selskab. Den helbredsattest, han skulle udfylde til brug for forsikringsbegæringen, var ikke blank, idet

afkrydsningsfelterne for ja og nej til de enkelte spørgsmål var afkrydsede på forhånd. Han ændrede to krydser, hvor der var svaret nej til ja. Han flyttede forsikringen til det sagsøgte forsikringsselskab, fordi hans kone var ansat der, og fordi de havde fået oplyst, at hun kunne få provision, hvis hun skrev under som assurandør. Han talte med Mads Krag fra selskabets hovedkontor om forsikringsbetingelserne, og han fik tilsendt to tilbud. Han har ikke drøftet sine helbreds-mæssige forhold med Mads Krag. Svarene på de spørgsmål, der var i den helbredserklæring, han skulle udfylde til sagsøgte, var ligesom ved ansøgningen til Kgl. Brand afkrydsede på forhånd. Han ændrede krydserne i den første og i den anden rubrik således, at der blev svaret ja i stedet for nej. Maveondet i 1984 var så slemt, at dette huskede han at anføre, derimod tænkte han ikke på at oplyse om lidelserne i ryg og skuldre. Attesten blev udfyldt hos lægen. Da han skiftede læge, fulgte journalen med, og hans nye læge havde derfor oplysning om henvisningen til Fysiurgisk Klinik.

B har blandt andet forklaret, at hun, der er uddannet kontorassistent, blev ansat hos sagsøgte i 1987. Hun havde ingen uddannelses-mæssige forudsætninger for at tegne forsikringer. Det var almindeligt, at de ansatte tegnede forsikringer på sig selv og den nærmeste familie, og at de fik provision for tegningen. Der var ikke givet de ansatte nogen retningslinjer herfor. Hun fik provision, både for den forsikring, hun tegnede for sig selv, og for sin mand. Hun skrev sin mands navn og adresse på forsikringsbegæringen og skrev under som assurandør. De øvrige oplysninger drøftede hendes mand med en fra hovedkontoret. Selvom hendes mand talte med en fra hovedkontoret, var der ikke tale om, at vedkommende skulle have provisionen. Helbredsattesten må være blevet sendt til hendes mand fra hovedkontoret. Hun kan ikke huske, at hendes mand spillede fodbold i årene før ulykken. *Jørgen Korsgård* har blandt andet forklaret, at han har haft speciallægepraksis siden 1980. Hans titel er nu reumatolog. Han så sagsøgeren første gang den

21. april 1986. Sagsøgeren var blevet henvist af egen læge pga. skuldersmerter. Sagsøgeren havde fået taget blodprøver og røntgenbilleder før han kom. Vidnet havde fået røntgenlægens beskrivelse af billederne, men rekvirerede selv røntgenfilmen, som var taget den 17. marts 1986. De forandringer, der kunne konstateres på billederne, havde ingen sammenhæng med sagsøgerens smerter. Det er den læge, der rekvirerer røntgen, der får svaret fra hospitalet, og som derfor skal orientere patienten om resultatet. I dette tilfælde var det derfor ikke hans opgave at fortælle sagsøgeren om de objektive fund vedrørende ryggen. Han stillede selv diagnosen seneskedehindebetændelse i venstre skulder og behandlede sagsøgeren herfor. Han har ikke selv henvist sagsøgeren til kiropraktor. Det er hans sekretærs opgave at spørge patienterne herom, og han kan derfor ikke udelukke, at hans sekretær har skrevet forkert. Der er mange patienter, der tager fejl af fysioterapi og kiropraktor.

For så vidt angår beskrivelsen af sagsøgeren i journaludskriften af 21. april 1986 til sagsøgerens læge, har han ikke lagt noget specielt i ordet »tilkommet«. Han har ikke noteret, hvor længe de første smerter, som sagsøgeren havde beskrevet, havde varet. Ordet »aftaget« er ikke det samme som »gået væk«. Patienter tager ikke fejl af, om de vågner om natten, hvorfor denne tilføjelse må være i overensstemmelse med det faktisk oplyste. Den medicin, som sagsøgeren ifølge journalen har indtaget, er receptpligtig og derfor formentlig ordineret af sagsøgerens egen læge. Det er en form for gigtpiller, der virker både betændelseshæmmende og har en smertestillende effekt.

Han ser ofte patienter med seneskedehindebetændelse. Der er mange årsager til denne lidelse. Lidelsen gør ondt, men er nem at behandle.

Fra 1986 og frem til 8. januar 1991 har han ikke set sagsøgeren. Sagsøger er i dag plaget af voldsomme smerter i ryg og rygsøjle. Han har undersøgt sagsøger grundigt, men har ikke fundet en forklaring på

smerterne. En kraftig stresspåvirkning kan have udløst sygdommen, der ikke har sammenhæng med seneskedehindebetændelsen.

Alice Lykke har blandt andet forklaret, at hun frem til 1996 var leder af den afdeling, der behandlede sagsøgerens forsikringsbegæring. Fra omkring 1989-90 og til 1996 var hun medlem af

Bedømmelsesforeningens bestyrelse. Bestyrelsen har intet med sagsbehandlingen af konkrete sager at gøre.

Hun har godkendt, at sagsøgerens forsikring blev antaget på normale vilkår. Mads Kragh var på det 1580 tidspunkt elev i hendes afdeling. Han arbejdede som »følk« for Birgit Nielsen og havde ingen selvstændige arbejdsfunktioner. Det ville være fuldstændig usandsynligt, at en ansat hos sagsøgte på forhånd havde udfyldt helbredserklæringen. Hun har aldrig været ude for noget sådant. Normalt ville en begæring aldrig blive sendt til kunden, men under særlige omstændigheder ville man kunne gøre det. Med den størrelse forsikring, som sagsøgeren ønskede, krævede sagsøgte altid lægeattest. Ved medarbejdertegnede policer ville man ikke, hvis medarbejderen vidste, hvordan forsikringen skulle sammensættes, kræve, at sagen gik via en assurandør. Assurandørernes opgave er primært at lave behovsanalyser for kunderne. Assurandøren skal selvfølgelig også sikre, at helbredserklæringen udfyldes, men de må ikke blande sig i den konkrete besvarelse. Det er almindeligt i branchen, at en medarbejder som personalegode får anvisningsprovision. Sagsøgte var i 1989, som medlem af Bedømmelsesforeningen, forpligtet til at henvise alle livs- og pensionsforsikringer uden normale helbredsforhold til Bedømmelsesforeningen samt til at følge den bedømmelse, som foreningen fremkom med. Det er hendes vurdering, at alle sager med skulder- og nakkeproblemer blev forelagt Bedømmelsesforeningen. Det var dog sagsøgtes lægekonsulent, der vurderede, om en konkret sag skulle forelægges.

Sagen blev forelagt for Bedømmelsesforeningen den 13. december 1996, da sagsøgte ikke var uvildig og derfor ikke selv ville bedømme sagen.

Birgit Nielsen har blandt andet forklaret, at hun har været ansat hos sagsøgte siden 1969. Fra 1983 har hun arbejdet med accept af livsforsikringer. Hun har lavet tilbuddet til sagsøgeren og antaget forsikringen. Hun kan ikke huske, hvordan hun kom frem til det konkrete tilbud til sagsøgeren, og om hun har rådgivet sagsøgeren om fordelingen mellem død og invaliditet. Hun har ikke på forhånd sat krydser i helbredserklæringen.

Mads Kragh har blandt andet forklaret, at han fortsat er ansat hos sagsøgte. Han var i LIV-afdelingen i ½ år fra den 1. februar 1989. Han havde ingen selvstændige arbejdsopgaver, men arbejdede udelukkende efter Birgit Nielsens anvisninger og godkendelse. Hvis han var i telefonisk kontakt med kunderne, besvarede han ikke spørgsmål uden først at have spurgt Birgit Nielsen. Han kan ikke huske sagsøgerens sag.

Kjeld Devantier har blandt andet forklaret, at han siden 1985 har været direktør for Bedømmelsesforeningen, der stiller viden til rådighed for forsikringsselskaberne omkring risikovurdering. Foreningen behandler ca. 15.000 sager pr. år. I 1998 afgav foreningen responsum i 500 såkaldte fortielsessager og 1999 i 340 sager. De læger, der behandler en konkret sag, må ikke være ansat eller tilknyttet et forsikringsselskab. Lægerne arbejder ud fra den gule og blå bog, samt deres egne erfaringer. I responsumsagerne medvirker i bedømmelseskomiteen mindst 3 læger. En læge har forberedt sagen ud fra de oplysninger, der forelå på tegningstidspunktet, og forelægger herefter sagen for sine kollegaer. Oplysninger vedrørende tiden efter skadestidspunktet ligger i sagen, men det er oplyst over for lægerne, hvad der vedrører tiden henholdsvis før og efter tegningstidspunktet. En forsikring kan antages på vilkår, der gradueres fra 0 til 8. Efter 8 meddeles der afslag på forsikringstegning. Der er muligvis ved Bedømmelsesforeningens vurdering af 22. januar 1998, hvori anføres »Dette i

kombination med fysisk krævende arbejde», sket en overfortolkning af oplysningerne i sagen, men graden af arbejde har ikke betydning for den bedømmelse, der er foretaget. Det samme er tilfældet ved Bedømmelsesforeningens udtalelse af 3. august 1999, hvoraf fejlagtigt fremgår, at A havde et fysisk krævende arbejde. Karakteren af arbejde har ikke afgørende betydning i den rubricering i gul bog, hvor sagsøgerens tilfælde hører til. Ved »anfald« i gul og blå bog forstås episoder af 1-2 ugers varighed. Da der i sagsøgerens tilfælde ifølge speciallægeerklæringen havde været problemer siden 1984, rubriceredes tilfældet under »3 eller flere anfald«. Hvis der er tale om, at den pågældende har haft ondt i skulderen i flere år, rubriceres tilfældet i den sværeste kategori. Det er ikke afgørende, om den pågældende har søgt behandling, men hvis dette er tilfældet, lægges der vægt på lægens vurdering og konklusioner, samt de faktuelle oplysninger. I sagsøgerens sag er speciallægeerklæringen fortolket således, at smerterne i lænden og i skulder og nakke svarede til de objektive fund, der var beskrevet på røntgenbillederne. Hvis der ifølge røntgenbilleder er objektive fund, ville normal praksis være, at sagen blev forelagt for Bedømmelsesforeningen. Det er lidelsen, i sammenhæng med at den er behandlingskrævende, der er afgørende for, om sagen forelægges, og hvilken bedømmelse den får. Hvis der isoleret havde været tale om en skulderlidelse, ville sagen være rubriceret et andet sted i blå bog. I sager med helbredsoplysninger, der indebærer en forelæggelse for Bedømmelsesforeningen, bliver der rekvireret et rygschema og oplysninger fra speciallæger eller andre behandlere. Hvis lægen i helbredsattesten har svaret nej til spørgsmålet, om han har kendskab til eller optegnelser om forsikringsøgende, der kan korrigere eller supplere de givne oplysninger, ville Bedømmelsesforeningen ikke rekvirere yderligere. I sagsøgerens sag forstås lægens anførsel af »Journal« således, at dette henviser til sagsøgerens

maveinfektion. Foreningen ville derfor ikke rekvirere yderligere.

Bedømmelsesforeningen vurderer løbende, om deres prognoser er i overensstemmelse med de faktiske forløb. Dette sker via oplysninger fra cpr-registeret, 1581 oplysninger om førtidspensionister og via oplysninger fra forsikringsselskaberne. Det har vist sig, at Bedømmelsesforeningen er mere forsigtige end virkeligheden viser sig at være.

Procedure:

Sagsøgeren har i det væsentlige procederet i overensstemmelse med sine hovedanbringender i påstandsdokument af 24. maj 2000, hvori det hedder: »Til støtte for den nedlagte påstand gøres det gældende, at sagsøgte ikke var berettiget til at afslå sagsøgers anmodning om udbetaling af invaliderente og præmiefritagelse, at sagsøger i 1989, hvor forsikringsaftalen blev indgået var sund, rask og fuldt arbejdsdygtig, at sagsøger ved indgåelsen af forsikringsaftalen meddelte sagsøgte alle relevante oplysninger, herunder oplysning om, hvorledes sagsøger opfattede sit helbred på tegningstidspunktet, at sagsøger var i god tro herom, da sagsøger udfyldte forsikringsbegæringen og efterfølgende helbredsattesten, at sagsøger på intet tidspunkt har forsøgt at skjule oplysninger for sagsøgte, i hvilken forbindelse der særligt henvises til den i bilag B afgivne samtykkeerklæring til indhentelse af oplysninger, at sagsøger ikke ved forsikringsaftalens indgåelse havde fået stillet en diagnose vedrørende rygsygdom eller anden sygdom, at sagsøgers ryg- og skuldergener i 1985-86 må betegnes som almindeligt forekommende og bagatelagtige, at en særskilt oplysning om disse gener og behandlingerne i forbindelse hermed ikke ville have været af betydning for sagsøgte ved tegningen af forsikringen,

at sagsøger i hvert fald ikke indså eller burde have indset, at en oplysning herom ville være af betydning for sagsøgte, at sagsøgers undladelse af i forsikringsbegæringen og helbredsattesten at oplyse om disse betydningsløse ryg- og skuldergener og behandlingerne i forbindelse hermed ingen indflydelse har på sagsøgtes ansvar jfr. FAL § 7,

at det under hensyntagen til forsikringsbegæringen og helbredsattestens generelle formulering og udformning ikke kan bebrejdes sagsøger, at han ikke - efter at have udfyldt skemaerne med oplysninger om sine maveproblemer - på eget initiativ udfærdigede et særskilt tillæg til skemaerne med tilføjelsen af oplysninger om de mindre gener.

Måtte Landsretten imidlertid komme frem til, at sagsøger i forbindelse med indgåelsen af forsikringsaftalen afgav urigtige oplysninger gøres det gældende,

at sagsøger hverken vidste eller burde have vidst, at hans besvarelse

af helbredsattesten var urigtig,

at sagsøger i øvrigt var i god tro med hensyn til, at sagsøgers læge, dr. Liisberg, ved udfyldelsen af helbredsattesten havde medtaget alle relevante oplysninger,

at sagsøgte herefter hæfter som om urigtig oplysning ikke forelå, jfr.

FAL § 5,

Yderligere gøres det gældende,

at sagsøgte ikke kan påberåbe sig at have været uvidende om sagsøgers helbredsforhold, da sagsøgtes medarbejder, B, der kendte eller burde have kendt til sagsøgers helbredsforhold, var involveret ved tegning af forsikringen,

at sagsøgers læge ved udfyldelsen af den fremlagte helbredsattest oplyste i sin journal at have oplysninger, der kunne korrigere eller supplere de af sagsøger meddelte oplysninger,

at sagsøgte således inden tegningen af forsikringen var bekendt med, at der i dr. Liisbergs journal forefandtes oplysninger, der kunne korrigere og supplere de af sagsøger afgivne oplysninger,

at sagsøgte burde have indhentet dr. Liisbergs lægejournal, hvorved sagsøgte blandt andet ville have fået oplysning om sagsøgers ryg- og skuldergener og behandlingen hos speciallæge Jørgen Korsgård tilbage i 1986,

at sagsøgte var eller således burde have været vidende om sagsøgers ryg- og skuldergener og behandlingerne forbundet hermed i 1985-86 med videre,

at gener fra bevægelsesapparatet er så almindeligt forekommende, at sagsøgte som professionel forsikringsudbyder var eller burde have været vidende om, at en person på 30 år på et eller andet tidspunkt ville have haft smerter eller ubehag i bevægelsesapparatet,

at sagsøgte herefter ikke kan gøre sagsøgers manglende oplysning

herom gældende, jfr. FAL § 9,

Særligt i relation til FAL § 6 stk. 1 og stk. 2. samt FAL § 9 gøres det tillige gældende,

at sagsøgte ikke er fri for ansvar henset til, at sagsøgte ikke har ført bevis for, at en særskilt oplysning i forsikringsbegæringen eller helbredsattesten om de af sagsøgte påberåbte forhold ville have forhindret en tegning af forsikringen hos sagsøgte eventuelt på ændrede vilkår, i hvilken forbindelse det særligt bemærkes, at sagsøgers ryg- og skuldergener var bagatelagtige og ophørte 3-4 år forinden tegningstidspunktet, at sagsøger i 1988 havde tegnet en tilsvarende forsikring i Kgl. Brand uden forbehold, hvortil bemærkes, at Kgl. Brand var bekendt med oplysningen om de tidligere gener, at sagsøgte uanset kendskab til sagsøgers ryg- og skuldergener i

henhold til forsikringsselskabernes egen

1582 praksis ikke skulle have forelagt

Bedømmelsesforeningen sagen på

tegningstidspunktet,

at Bedømmelsesforeningens udtalelse derfor er uden betydning for sagen,

at Bedømmelsesforeningens udtalelse i øvrigt er baseret på et forkert grundlag og således ikke kan lægges til grund i sagen, at sagsøgte uanset tidligere gener ville have tegnet forsikringen, Endeligt gøres det gældende, at sagsøgte har udvist egen skyld ved ikke - i strid med egne interne forskrifter - at sikre, at forsikringsbegæringen, helbredserklæringen m.v. blev gennemgået med sagsøger af en assurandør, hvilket kunne have sikret en mere korrekt udfyldelse af skemaerne, at de hos sagsøger i 1985-86 forekommende gener ingen forbindelse har til de skader og den invaliditet, der efterfulgte uheldet i 1990, og at sagsøgte efter praksis ikke er berettiget til under henvisning til uvedkommende, manglende oplysninger at undlade dækning i henhold til forsikringspolisen.«

Sagsøgte har i påstandsdokument af 24. maj 2000 anført følgende:

»Til støtte for den nedlagte påstand om frifindelse gøres det sammenfattende gældende at sagsøger ved forsikringens tegning, mindst uagtsomt, har meddelt urigtige oplysninger, jf. Forsikringsaftalelovens § 6. at sagsøgte derfor har været berettiget til at ændre forsikringen som sket, jf. brev af 27. december 1991 og Forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1 og 2.

Det bestrides, at sagsøger har været i god tro, jf. Forsikringsaftalelovens § 5.

Det bestrides, at Forsikringsaftalelovens § 7, der vedrører groft uagtsom undladelse af at fremkomme med oplysninger, som der ikke er spurgt om, finder anvendelse på den foreliggende sag.

Det bestrides, at Forsikringsaftalelovens § 9, hvorefter selskabet ikke kan gøre gældende, at urigtige oplysninger er givet, såfremt det ved forsikringens tegning burde være vidende om det rette forhold, finder anvendelse på den foreliggende sag.«

Sagsøgte har i det væsentlige procederet i overensstemmelse med disse hovedanbringender. Sagsøgte har herunder navnlig henvist til, at sagsøgeren objektivt set har afgivet forkerte

oplysninger over for sagsøgte, idet han ikke oplyste om behandlingerne på Fysiurgisk Klinik i 1985 samt om konsultationerne og behandlingerne hos Jørgen Korsgård og røntgenfotograferingen af hele rygsøjlen på Hillerød Sygehus i 1986. Disse forhold lå så tæt på forsikringsbegæringens indgivelse, at sagsøgeren burde have husket at oplyse om det. Det kan ikke fritage sagsøgeren for ansvar, at lægen har medvirket ved udfyldelsen af helbredsattesten, ligesom det ikke har betydning, at der ikke har medvirket assurandør i forbindelse med antagelsen af sagsøgerens forsikring. Sagsøgte har endvidere henvist til, at det ved bevisførelsen er godtgjort, at sagsøgte ikke ville have tegnet forsikringen, hvis der var afgivet korrekte oplysninger.

Landsrettens bemærkninger:

Sagsøgeren blev i 1985 efter henvisning fra egen læge behandlet på en Fysiurgisk Klinik i København for en betændelsestilstand i højre skulder. I 1986 fik sagsøgeren på grund af smerter i venstre skulder taget en række blodprøver samt røntgenbillede af hele rygsøjlen, hvorefter han i perioden 21. april til 12. maj 1986 konsulterede speciallæge i fysiurgi og rehabilitering Jørgen Korsgård. Yderligere blev sagsøgeren i november 1987 undersøgt på Centralsygehuset i Hillerød på grund af blandt andet voldsomme hosteanfald. I forbindelse hermed blev sagsøgeren røntgenundersøgt og CT-scannet. Sagsøgeren oplyste intet om disse forhold ved afgivelse af helbredserklæring og helbredsattest i maj og juni 1989 i forbindelse med tegning af forsikringen hos sagsøgte. Sagsøgeren har således blandt andet svaret benægtende på spørgsmål, om han havde været behandlet eller undersøgt på røntgenklinik, fysiurgisk klinik eller hos speciallæge.

Landsretten finder, at sagsøgeren burde have indset, at de oplysninger, han afgav, var urigtige, og han har således handlet uagtsomt ved at undlade at oplyse om de nævnte behandlinger og undersøgelser.

Det lægges efter Alice Lykkes forklaring til grund, at sagsøgte ville have indhentet yderligere oplysninger om sagsøgerens helbred, såfremt sagsøgeren havde afgivet korrekte helbredsoplysninger. Det må

formodes, at sagsøgte i denne forbindelse ville have fået oplysning om sagsøgerens helbredsforhold svarende til det, der er oplyst i speciallæge Jørgen Korsgårds skrivelse af 21. april 1986 til sagsøgerens praktiserende læge. Denne skrivelse må forstås således, at sagsøgeren igennem to år havde haft vedvarende smerter i lænden, nakke og skuldre. Det fremgår endvidere, at der ved røntgenundersøgelse af hele rygsøjlen var konstateret objektive fund i form af kileform af den 12. brysthvirvel samt rygskævhed i halshvirvelsøjlen.

Det lægges yderligere til grund, at sagsøgte, såfremt oplysningerne var fremkommet, i overensstemmelse med det anførte i Gul Bog afsnit XIII om sygdomme i ryg, muskler og skelet, pkt. 1.2.2 under ryglidelser, ville have forelagt sagen for Bedømmelsesforeningen. Ved det af Bedømmelsesforeningen afgivne responsum og foreningens efterfølgende udtalelser, sammenholdt med vidnerne Alice Lykkes og Kjeld Devantiers forklaringer, finder landsretten det herefter antageliggjort, at sagsøgte, hvis sagsøgeren havde afgivet

1583 korrekte helbredsoplysninger - efter en forelæggelse for Bedømmelsesforeningen - ikke ville have tegnet forsikringen for så vidt angår invaliderente, jf. forsikringsaftalelovens § 6. Landsretten kan herved tiltræde, at sagsøgerens tilfælde på tegningstidspunktet er rubriceret i Blå Bog afsnit XIII om sygdomme i ryg, muskler og skelet, pkt. 1.2.2.1 under ryglidelser, og at det med denne rubricering er uden betydning, at Bedømmelsesforeningen fejlagtigt har lagt til grund, at sagsøgeren havde hårdt fysisk arbejde, og om sagsøgeren havde været til behandling hos kiropraktor.

Herefter, og idet det af sagsøgeren i øvrigt anførte, herunder omstændighederne omkring sagsøgerens ægtefælles deltagelse i forsikringstegningen og den tidligere indgåede forsikringsaftale med Kgl. Brand, ikke findes at kunne føre til et andet resultat, vil sagsøgtes påstand om frifindelse være at tage til følge.

Efter omstændighederne findes hver part at burde bære egne omkostninger. - - -

Højesterets dom.

Afgørelse i tidligere instans

I tidligere instans er afsagt dom af Østre Landsrets 17. afdeling den

11. oktober 2000.

Dommere

I pådømmelsen har deltaget fem dommere: Torben Melchior, Peter Blok, Lene Pagter Kristensen, Niels Grubbe og Poul Dahl Jensen. *Påstande*
Appellanten, A, har gentaget sin principale påstand. Subsidiært har han nedlagt påstand om, at indstævnte, ALKA Forsikring, skal anerkende alene at være berettiget til at ændre den indgåede forsikringsaftale, således at A har krav på invaliderente og præmiefritagelse svarende til, at forsikringen var tegnet på vilkår »D0-I2«, mere subsidiært på vilkår »D0-I3«.

ALKA har påstået stadfæstelse.

Anbringender

For Højesteret har A ikke bestridt, at der objektivt er afgivet urigtige oplysninger, idet der ved besvarelsen af spørgsmål nr. 2 og 3 i helbredserklæringen og helbredsattesten ikke er oplyst om røntgenundersøgelse af rygsøjlen i 1986 og om undersøgelse og behandling på Fysiurgisk Klinik i 1985 og hos speciallæge Jørgen Korsgård i 1986. A har frafaldet anbringendet om, at forholdet skal bedømmes efter forsikringsaftalelovens § 7. Han har endvidere ikke bestridt, at ALKA ved en forelæggelse for Bedømmelsesforeningen i 1989 ville have fulgt dennes udtalelse.

Supplerende sagsfremstilling

Af den helbredsattest, som blev udfyldt og underskrevet af A og hans læge, Hans Liisberg, den 12. juni 1989, fremgår bl.a. følgende:

»AFSNIT I. DEN FORSIKRINGSSØGENDES EGEN ERKLÆRING.

. . .

Har De nogensinde været syg eller sygemeldt af anden årsag end ukomplicerede børnesygdomme og kortvarige forkølelsestilfælde?

JA.

Hvis JA: Af hvad? Hvornår? Hvor længe? Evt. følger? Maveinfektion i 1985 ca. 3 uger ingen følger.

Har De været indlagt, behandlet eller undersøgt på sygehus, ambulatorium e.l., herunder røntgenklinik og fysiurgisk klinik?

JA.

Hvis JA: For hvad? Hvor? Hvornår? Hvor længe? Evt. følger?

Maveinfektion i 1985 Bispebjerg Hospital ca. 14 dage Ingen følger

Har De i øvrigt været undersøgt og/eller behandlet af læge (herunder speciallæge), kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler?

NEJ.

...

AFSNIT III. LÆGENS ATTESTATION OG OPLYSNINGER.

Kender De forsikringssøgende?

JA

Hvis JA: Hvor længe har De været forsikringssøgendes læge?

Ca. 4 år

...

Har De kendskab til eller optegnelser om forsikringssøgende, der kan korrigere eller supplere de givne oplysninger?

Hvis JA: Udbedes nærmere oplysninger (inkl. diagnoser).

Vedr. afsnit I (forsikringssøgendes erklæring)?

JA journal

Vedr. afsnit II (lægens spørgsmål)?

[ubesvaret]«

I udskriften fra Centralsygehuset Hillerød vedrørende den ambulante forundersøgelse den 15. maj 1991 hedder det bl.a.:

»For 7 år siden begyndte pt. at få tiltagende smerter i lænden, der efterhånden bredte sig opadtil og i en periode trak ud i h. skulder. Egen læge foretog omfattende blodanalyse m.h.p. bindevævssygdom og henviste til fysioterapeut, der gav massage, kolde pakninger uden virkning. Behandling hos kiropraktor 12 gange havde kortvarig effekt. Røntgen af columna totalis viste dengang holdningsanomali, kileformet th

12 og lille cervical scoliose ud for 3. og 4. hvirvel. Da sympt. stort set

1584 varede ved, blev A set af Jørgen Korsgård, speciallæge i fysiurgi og rehabilitering, foråret 1986. Speciallægen fandt byldeøm muskulatur overalt svarende til columna totalis og let indskrænket bevægelighed i den ve. skulder. Der blev givet enkelte blokader til skulderen, hvorefter pt.s sympt. svandt. I de efterfølgende år har pt. ikke haft væsentlige problemer med bevægeapparatet, selv om han godt nok har følt sig stiv i ryggen og stort set ophørte med enhver form for sportsudøvelse, som han tidligere havde brugt en del tid på.«

I skrivelse af 14. december 2001 har

Bedømmelsesforeningen besvaret følgende spørgsmål således:

»Spørgsmål 1:

Bedømmelsesforeningen bedes oplyse, om man anser arbejdet som salgsdirektør for fysisk krævende arbejde.

Svar:

Arbejde som salgsdirektør anses umiddelbart ikke for fysisk krævende arbejde, men det afhænger af beskrivelsen af arbejdsfunktionen.

Det fremgår af sagen, at sagsøgeren er uddannet som blikkenslager i 1980, at han kort tid efter tog eksamen som gas- og vandmester, og at han i 1987 blev ansat som salgsdirektør. Arbejde som blikkenslager og gas- og vandmester anses som fysisk belastende.

Såvel tidligere som nuværende beskæftigelse kan have betydning. Derfor skal forsikringssøgende ved forsikringens begæring give oplysning om såvel nuværende som tidligere beskæftigelse.

Spørgsmål 2:

Såfremt angivelsen af, at sagsøger har fysisk krævende arbejde beror på en misforståelse, bedes Bedømmelsesforeningen oplyse, hvilke om nogen - ændringer i Bedømmelsesforeningens udtalelser af henholdsvis 22. januar 1998 og 3. august 1999 de nu foreliggende oplysninger måtte give anledning til.

Svar:

Oplysningerne om sagsøgerens ryglidelse fører i sig selv til afslag, uanset om der er fysisk belastende arbejde.

Det kunne ved bedømmelsen af skulderlidelsen isoleret have betydning om der har været eller er fysisk belastende arbejde. Der er imidlertid ikke grundlag for en isoleret bedømmelse af skulderlidelsen, fordi der udover skulderlidelsen også foreligger en ryglidelse, der i sig selv fører til afslag.

Spørgsmål 3:

På side 19-21 i dommen har landsretten refereret direktør Kjeld Devantiers vidneforklaring. Her er bl.a. anført:

»Bedømmelsesforeningen vurderer løbende om deres prognoser er i overensstemmelse med de faktiske forløb. Dette sker via oplysninger fra cpr-registeret, oplysninger om førtidspensionister og via oplysninger fra forsikringsselskaberne. Det har vist sig, at Bedømmelsesforeningen er mere forsigtige end virkeligheden viser sig at være.«

Med henblik på at uddybe og præcisere denne udtalelse bedes Bedømmelsesforeningen oplyse, om den i befolkningen faktisk konstaterede invaliditetshyppighed er højere end

Bedømmelsesforeningen forudsætter ved sine bedømmelser, således at forstå, at der faktisk er flere, der bliver invalideret end

Bedømmelsesforeningen regner med ved sine bedømmelser. Eller om invaliditetshyppigheden i befolkningen er lavere end Bedømmelsesforeningen forudsætter ved sine bedømmelser, således at forstå, at der faktisk er færre, der bliver invalideret end Bedømmelsesforeningen regner med ved sine bedømmelser.

Svar:

Bedømmelsesforeningen sammenholder løbende sine bedømmelser med invaliditetshyppigheden i befolkningen. Hvis der er forskel, korrigerer Bedømmelsesforeningen sine bedømmelser i overensstemmelse med den faktisk konstaterede invaliditetshyppighed i befolkningen. I de tilfælde, hvor der konstateres variationer, består variationen i, at der er flere eller færre, der bliver invalideret end

Bedømmelsesforeningen regner med ved sine bedømmelser. Når det gælder ryglidelser har Bedømmelsesforeningen ikke konstateret variationer med den faktisk konstaterede invaliditetshyppighed.

Spørgsmål 4:

Hvad forstås nærmere ved »objektive fund«, jf. Blå Bog, afsnit VIII, pkt. 1.2.1?

Svar:

Det lægges til grund, at henvisningen i spørgsmålet ikke er til afsnit VIII, men derimod til afsnit XIII, punkt 1.2.1. De i dette punkt omhandlede objektive fund henviser til fund, der er konstateret klinisk eller ved røntgen, scanning eller andre laboratoriemæssige undersøgelser.

Spørgsmål 5:

Vil et positivt røntgenfund altid blive betragtet som et objektivt fund, eller er der røntgenfund, som ved en bedømmelse og »indplacering« ikke tillægges betydning?

Svar:

Der kan henvises til besvarelsen af spørgsmål 4 med den tilføjelse, at ethvert røntgenfund indgår i risikovurderingen.

Spørgsmål 6:

Skal der være sammenhæng mellem et for eksempel positivt røntgenfund og de gener som efter Bedømmelsesforeningens praksis sidestilles med et »anfald«, for at det objektive fund tillægges betydning ved bedømmelsen?

Svar:

Nej, et røntgenfund kan i sig selv tillægges betydning. 1585

Spørgsmål 7:

Har Bedømmelsesforeningen ved behandlingen af nærværende sag lagt til grund, at der var sammenhæng mellem røntgenfundene og de gener A havde, særligt i 1986?

Svar:

Speciallægeerklæringen er fortolket således, at sagsøgerens smerter svarede til de fund, der var beskrevet på røntgenbillederne. Det bemærkes, at den forsikringssøgendes subjektive oplevelse af gener indgår som et selvstændigt element i bedømmelsen.

Spørgsmål 8:

Tillægges det betydning ved bedømmelsen, om et »anfald« medfører sygemelding, herunder særligt i en situation, hvor den pågældende udfører hårdt fysisk arbejde? I bekræftende fald hvordan?

Svar:

Det kan indgå som en skærpende faktor i bedømmelsen, om der har været sygemelding, herunder hvis der er tale om fysisk belastende arbejde.

Spørgsmål 9:

Har Bedømmelsesforeningen i forbindelse med sin bedømmelse/behandling af sagen lagt til grund, at A har været sygemeldt fra sit arbejde på grund af nakke/skuldergenerne, og i givet fald i hvilket omfang?

Svar:

Bedømmelsesforeningen har ikke taget stilling til, om sagsøgeren har været sygemeldt fra sit arbejde på grund af nakke- og skuldergenerne. Det er andre faktorer end sygemelding, som har haft betydning for bedømmelsen, da oplysningerne om sagsøgerens ryglidelse i sig selv fører til afslag.«

I en skrivelse af 3. februar 2004 til advokat Karsten Høj har Videncenter for Helbred og Forsikring (tidligere Bedømmelsesforeningen) anført følgende:

»I forbindelse med den verserende retssag mellem A og ALKA forsikring spørger De i brev af 27. januar 2004 endnu en gang til retningslinierne der var anvendt på tegningstidspunktet i maj 1989.

Vi har tidligere redegjort for den lægelige vurdering af A's ryglidelse, der er foretaget med udgangspunkt i at A havde vedvarende rygsmerter i en længere periode.

Da der således ikke har været tale om afgrænsede, afsluttede rygtilfælde på 1-4 uger, tages der ved risikovurderingen i henhold til gængs praksis udgangspunkt i den sværeste kategori i retningslinierne, dvs. afsnittet 3 eller flere tilfælde.

Mht. diskrepansen mellem afsnittet i Gul Bog vedrørende 1-2 tilfælde og tilsvarende afsnit i Blå Bog beror det på den udvikling retningslini-

erne hele tiden gennemgår og den produktionstid der medgår ved udsendelse af nye retningslinier. Ved udgivelsen af Gul Bog var Blå Bog fortsat under ajourføring og revision. Næste udgave udkom december 1989.«

Forklaringer

A har supplerende forklaret bl.a., at han fik begyndende ryg-/skulderproblemer i 1984. Der var tale om skulderproblemer, der mere føltes som en tennisalbue, og som han søgte behandling for. Han ved ikke, om generne så at sige »kom af sig selv«. Generne havde ikke betydning for hans arbejde, og han var ikke sygemeldt af den grund. Han modtog behandling herfor på Fysiurgisk Klinik på Hans Knudsens Plads i form af i hvert fald strålebehandling. Han var til behandling 2-3 gange. I perioden 1982-87 var han beskæftiget med administrativt arbejde. Han brugte således ikke sin håndværksmæssige uddannelse, og det har han faktisk ikke gjort, siden han blev færdiguddannet. Røntgenbillederne af hans ryg må, set i bakspejlet, være taget i forbindelse med hans maveonde. Han blev ikke på noget tidspunkt præsenteret for resultatet af røntgenundersøgelsen. Han blev først bekendt med resultatet i forbindelse med nærværende retssag. Han er dog vidende om de røntgenundersøgelser af ryggen, der er nævnt i helbredsattesten til Kgl. Brand. Han blev henvist fra egen læge til læge Korsgård, der konstaterede, at han led af seneskedehindebetændelse i skulderen, hvilket han efterfølgende fik nogle indsprøjtninger i skulderen for. Han fik muligvis også anden medicin som behandling. I Korsgårds undersøgelse den 21. april 1986 beskrives røntgenundersøgelsen af ryggen. Han blev ikke præsenteret for konklusionerne i undersøgelsen. Korsgård sagde kun, at der ikke var noget galt med ryggen. Han var ikke sygemeldt på grund af behandlingerne hos Korsgård og mener i øvrigt ikke, at disse var hæmmende for hans daglige arbejde. Han havde det godt efter behandlingen og har ikke siden søgt lægehjælp vedrørende

skuldergener. Han kan godt huske røntgenundersøgelserne henholdsvis den 23. november 1987 og den 1. december 1987. Disse undersøgelser gjorde ikke noget indtryk på ham. Undersøgelserne skete i forbindelse med, at han havde hostet blod og slim op.

Han mødte sin hustru, B, omkring 1982, og de flyttede sammen omkring 1983. Årsagen til, at de i begyndelsen havde Kgl. Brand som forsikringsselskab, var, at de i forbindelse med huskøb skulle tegne en forsikring. Det var således lidt af en tilfældighed, at det blev Kgl. Brand. Baggrunden for, at han ville tegne en invaliderenteforsikring, var ligeledes, at de nu havde købt hus, og han ønskede at sikre sig. Denne forsikring blev bragt på bane, da assurandøren var hjemme for at gennemgå deres forsikringer. Den pågældende assurandør kunne ikke selv tegne en sådan forsikring, men det kunne en kollega, der kom hjem til ham nogle dage senere. Papirerne var i den forbindelse delvist udfyldt af samme assurandør. Helbredsattesten til Kgl. Brand var for første halvdel vedkommende udfyldt af forsikringsselskabet. Det er ham selv, der vedrørende spørgsmål 1 og 2 har 1586 ændret »nej« til »ja« samt skrevet de forklarende tekster i højre kolonne. Dette gjorde han, medens assurandøren var til stede. Afkrydsningen i afsnit II er sat af lægen, der udfyldte afsnit II, herunder besvarelsen af spørgsmål j. Det var ham selv, der underskrev afsnit II, medens han var oppe hos lægen. Afsnit III blev udfyldt af lægen, der beholdt helbredsattesten og indsendte den til selskabet. Han fik ikke efterfølgende en kopi heraf, hverken fra lægen eller fra forsikringsselskabet. Han har først set den fuldt udfyldte blanket i forbindelse med nærværende retssag. Han husker ikke specifikt, hvorfor han ikke nævnte røntgenundersøgelsen i november/december 1987, men han tænkte formentligt ikke på det som noget af betydning. Kgl. Brand bad ikke om yderligere oplysninger og sendte derefter en police til ham. Han fik heller ikke fra

lægen at vide, at der skulle mangle nogle oplysninger med henblik på forsikringstegningen.

B var ansat hos ALKA og havde i foråret 1989 fået at vide, at det også ville være en god idé, hvis de tegnede en forsikring på ham. Forsikringen hos Kgl. Brand var på det tidspunkt i kraft, idet han havde betalt forsikringspræmien. Det var en slet skjult hemmelighed, at der var gode penge at tjene på provision vedrørende forsikringstegning. Han kontaktede ALKAs hovedsæde, med henblik på at det skulle være B, der opnåede provisionen. Han fik flere tilbud fra hovedsædet og diskutererede priser og summer med en ansat på hovedkontoret, der hed Mads Krag. Det endte med, at det var B, der skulle tegne forsikringen for ham. Oplysningerne om forsikringstager i begæringen er udfyldt af B, som han fik blanketten fra. De i blanketten nævnte forsikringssummer er hverken udfyldt af B eller af ham, og han har først set disse tal i forbindelse med retssagen. Helbredserklæringen har han fået fra selskabet. Også her var krydserne i pkt. 1 og 2 i forvejen sat i »nej«-rubrikken af selskabet og efterfølgende rettet til »ja« af ham. Han udfyldte den alene og drøftede ikke dette med B. Han mener, at han udfyldte sin del af blanketten, inden han gik op til lægen for at få udfyldt afsnit II og III. De uddybende bemærkninger i pkt. 1 og 2 dækker det, som han på det tidspunkt opfattede som det største problem. Blankettens afsnit II og III blev udfyldt af lægen, ligesom blanketten til Kgl. Brand. Denne gang var det dog en anden læge, der udfyldte disse rubrikker. Han var til stede, da lægen udfyldte rubrikkerne, og mener ikke, at de diskuterede indholdet i den forbindelse. Også her beholdt lægen blanketterne og sendte dem ind til selskabet. Heller ikke i denne situation fik han efterfølgende en kopi af blanketten. B var ikke involveret i udfyldelsen til hverken Kgl. Brand eller ALKA. Han fik derefter af Mads Krag tilsendt et maveskema, som han selv skulle udfylde og sende ind, altså uden lægelig medvirken. Han fik derefter tilsendt policen. Der var som nævnt ikke nogen

problemer hverken med hans nakke eller skulder efter maj måned 1986. Han kan ikke svare nærmere på, hvorfor han under spørgsmål 2 i helbredsattesten til Kgl. Brand har nævnt røntgenundersøgelsen fra 1986, når han ikke nævnte røntgenundersøgelserne af henholdsvis 23. november 1987 og 1. december 1987.

B har supplerende forklaret bl.a., at hun i forbindelse med tegningen af forsikringen i ALKA ikke foretog sig særligt meget, ud over at hun skaffede blanketter og udfyldte dem med A's navn og adresse. Inden hun skrev under på begæringen, havde A drøftet forsikringssummer m.v. med hovedkontoret. Dette var hun således ikke involveret i. I

helbredserklæringen udfyldte hun kun A's stillingsbetegnelse. Hun deltog ikke i udfyldelsen, idet A gjorde dette alene. Hun mener heller ikke, at hun drøftede udfyldelsen med ham, eller at hun har set blanketten, efter at han havde udfyldt den. I helbredsattesten udfyldte hun heller ikke noget, og hun husker heller ikke at have set den. Hun husker heller ikke, at hun skulle have drøftet udfyldelsen af blanketten med A. Hun husker ikke, at A har haft problemer med skulderen eller nakken, da der ikke har været gener af betydning for deres hverdag. Hun har ikke specielt kendskab til, at han har været til røntgenundersøgelse, men hun har vel nok vidst, at han skulle undersøges som sådan. Det har dog ikke været noget af betydning. Hun husker heller ikke, at han har været sygemeldt.

Højesterets begrundelse og resultat

I 1985 modtog A 3 behandlinger på Rigshospitalets fysiurgiske klinik for smerter i højre skulder. I 1986 fik han foretaget en røntgenundersøgelse af hele rygsøjlen, og samme år blev han på grund af smerter i venstre skulder undersøgt og behandlet 3 gange hos speciallæge Jørgen Korsgård. Da A i maj-juni 1989 i forbindelse med sin forsikringsansøgning besvarede spørgsmål i helbredserklæringen og helbredsattesten bl.a. om, hvorvidt han havde været undersøgt eller behandlet på røntgenklinik, fysiurgisk klinik eller hos

speciallæge, oplyste han ikke om disse undersøgelser og behandlinger. Det er ubestridt, at A, der heller ikke i øvrigt oplyste om ryg-, skulder- og nakkeproblemer, herved afgav urigtige oplysninger.

side

Højesteret tiltræder, at A ved ikke at oplyse om de pågældende undersøgelser og behandlinger har handlet uagtsomt. Højesteret har herved lagt vægt på, at undersøgelserne og behandlingerne - som kun lå nogle få år forud for forsikringsansøgningen - skyldtes lidelser med betydelige gener. Der er endvidere lagt vægt på, at det efter indholdet af journaltilførslen af 15. maj 1991 fra Centralsygehuset Hillerød må lægges til grund, at A ikke blev fuldstændig helbredt for sine rygproblemer i 1986, men fortsat havde gener i 1989.

1587

Den henvisning til journalen, der fremgår af A's læges besvarelse af 12. juni 1989 af spørgsmål 2 a i helbredsattestens afsnit III, måtte af ALKA opfattes som sigtende til den maveinfektion, som A havde oplyst om ved besvarelsen af helbredsattestens afsnit I. Henvisningen til journalen gav derfor ikke ALKA anledning til at foranstalte undersøgelser af andre forhold end maveproblemerne. Heller ikke omstændighederne ved B's deltagelse i forsikringstegningen giver grundlag for at fastslå, at ALKA var eller burde have været vidende om A's rygproblemer. ALKA er herefter ikke efter forsikringsaftalelovens § 9 afskåret fra at påberåbe sig, at der er givet urigtige oplysninger.

Af de grunde, som landsretten har anført, tiltræder Højesteret, at det må lægges til grund, at ALKA ville have forelagt sagen for Bedømmelsesforeningen, såfremt A havde givet korrekte helbredsoplysninger.

Der er ikke grundlag for at fastslå, at de faktiske forhold, som Bedømmelsesforeningen lagde til grund i sit responsum af 18. december 1991 og i sine efterfølgende udtalelser, var behæftet med fejl, der havde betydning for konklusionen. Der er heller ikke grund til at antage, at foreningens bedømmelse fraviger de retningslinjer eller den praksis, som foreningen fulgte i 1989.

Højesteret tiltræder herefter, at det må lægges til grund, at ALKA ikke - heller ikke på skærpede vilkår - i 1989 ville have tegnet forsikringen med invaliderente, hvis A havde givet korrekte helbredsoplysninger, jf. forsikringsaftalelovens § 6.

Som følge af det anførte stadfæster Højesteret dommen.

Thi kendes for ret:

Landsrettens dom stadfæstes.

I sagsomkostninger for Højesteret skal A inden 14 dage efter denne højesteretsdoms afsigelse betale 100.000 kr. til ALKA Forsikring.

Bilag 8

U.2012.1031Ø

Ikke uagtsomt ved tegning af forsikring ikke at oplyse om ikke belastende skade og om overholdt afdragsordning i tidligere selskab.

Forsikring 3.1.

A og B tegnede i oktober 2007 en familie- og bilforsikring i forsikringsselskabet F. I forbindelse hermed var bl.a. oplyst »Nej« til, om der var restance i et tidligere selskab og »0« til, hvor mange skader de havde haft de sidste 3 år. I julen 2007 fik A og B stjålet og ødelagt indbo i deres hjem og anmeldte et erstatningskrav på ca. ½ mio. kr. i anledning heraf. F kontaktede B's tidligere forsikringsselskab C og fik her oplyst, at B i 2007 havde haft tre skader på sin bil, og at han skyldte C ca. 9.000 kr. Herefter opsagde F under henvisning til forsikringsaftalelovens §§ 4-6 om urigtige oplysninger A og B's forsikringer med virkning fra ikrafttrædelsesdatoen. A og B anlagde retssag mod F med påstand om betaling af det anmeldte erstatningsbeløb. Det blev oplyst, at den ene af skaderne på B's bil ikke havde belastet B's forsikring, idet modpartens selskab havde betalt for skaden, at der ikke ville have været problemer i relation til skader, hvis B kun havde haft to skader i C, og at B's gæld til C bestod af selvrisko for de to belastende skader, som B i forbindelse hermed havde indgået en afdragsordning med C om, og som han på intet tidspunkt havde været i restance med. Landsretten fandt, at det ikke kunne tilregnes B som uagtsomt, hvis han havde undladt at give oplysning om restgælden til C ifølge afdragsordningen, og at det heller ikke kunne tilregnes B som uagtsomt, at han undlod at oplyse om den ikke belastende skade. Da det lagdes til grund, at F ville have antaget forsikringen, selv om der var givet oplysning om de to belastende skader, var F ikke berettiget til at opsige A og B's forsikring, med henvisning til at A og B havde givet urigtige oplysninger ved tegningen.

Ø.L.D. 1. december 2011 i anke 11. afd. nr. B-3714-10 (Karsten Bo Knudsen, Taber Rasmussen, Line Bjørklund (kst.)).

*A og B (adv. Søren Fryd, Nibe, for begge)
mod*

If Skadeforsikring A/S (adv. Torben Rhodin (prøve), Hvidovre).

Hillerød Rets dom 16. november 2010, BS 2-913/2010.

Sagens baggrund og parternes påstande

Denne sag drejer sig om, hvorvidt sagsøgerne har afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med tegning af forsikring hos sagsøgte, og om sagsøgte var berettiget til at opsige forsikringen med tilbagevirkende kraft.

Under denne sag, der er anlagt den 30. oktober 2009, har A og B nedlagt påstand om, at If Skadeforsikring A/S tilpligtes at betale 502.941 kr. med tillæg af procesrente fra sagens anlæg.

If Skadeforsikring A/S har nedlagt påstand om frifindelse.

Oplysningerne i sagen

Denne dom indeholder ikke en fuldstændig sagsfremstilling, jf. retsplejelovens § 218 a, stk. 2. Den 23. oktober 2007 underskrev de sagsøgte tegningsaftale med If Skadeforsikring vedrørende tegning af blandt andet familie- og bilforsikring. Af tegningsaftalen fremgår blandt andet:

»...

Supplerende oplysninger. . .«

Har du/I tidligere fået afslag eller blevet opsagt af et andet forsikrings-	
selskab?	Nej
Har du/I tidligere fået tvungen højere præmie/selvrisiko i andet forsik-	
ringsselskab indenfor de sidste 3 år?	Nej
Er du/I i restance i tidligere selskab?	Nej
Hvor mange skader har du/I haft de sidste 3 år	0

Disse oplysninger fremgik af side 2 i tegningsaftalen, som omfattede siderne 1-4. Af side 2 fremgår øverst tilbudsdato, den 1. november 2007, og på tegningsaftalens øvrige sider fremgår tilbudsdato, den 18. oktober 2007.

Det er ubestridt, at A tidligere havde haft forsikringer hos If Skadeforsikring A/S, og at hun tog kontakt til Kenneth Nielsen, som forestod tegningen af de omhandlede forsikringer hos sagsøgte. Den 19. oktober 2007 sendte Kenneth Nielsen en e-mail til regionschef Christian Rosleff hos If Skadeforsikring A/S, og heri hedder det: »Hej Rosleff . . .

Denne kunde ønsker at indtegne flg. Policer.. Indbo sum 883000-

Hus ejerskifte pr. 0111-2007 fuld kombineret 2 voksne ulykker indiv 600000WW

golf 1998 1,9 tdi . . .

Medforsikrede A har levet sammen med - - - som jeg har indtegnet med hus og det hele, og er stadig kunde hos os . . .

A bor ikke sammen med ham mere, men lever og har købt hus sammen med den nye kunde B. A og - - - var i trin 8 med bil, A og den nye kunde har nu overtaget golfen, kan vi tilbyde trin 11 til pris kr.

8.737 - kasko så har vi en rigtig god kunde med det hele, aldrig haft skader, køre bil hver dag og har gjort det de sidste 4 år. . . . Kunden

kan evt. accept. Trin 10 til 10466. . .«

I perioden, fra den 23. december 2007 til den 25. december 2007, hvor A og B var på juleferie, skete der indbrud og hærværk på bopælen. Det af sagen omhandlede krav hidrører fra de sagsøgtes opgørelse af ødelagt og stjålet indbo, kr. 492.703 kr., samt et opgjort beløb på 10.238 kr. fra valuta, i alt 502.941 kr.

I anledning af forsikringsbegivenheden kontaktede If Skadeforsikring A/S B's tidligere forsikringsselskab, Codan, pr. mail.

Af besvarelsen i Codans e-mail, dateret den 8. januar 2008, fremgår: »Hej og godmorgen Vi kender B i Codan, hvor han har haft 1 bilforsikring udgået 31.07.2007, der har været 3 skader med en udbetaling på i alt kr. 125.700, den sidste skade var et tyveri af bilen, hvor man finder den udbrændt

A kendes i Privatforsikring, hvor hun har boet sammen med - - -, hun har haft en husforsikring udgået 01-07.2005.

. . .«

I en e-mail fra Codan, dateret den 15. januar 2008, kl. 10:24, hedder det:

»Hej

Alle 3 skader er sket på den samme bil - - - datoerne er 5/3 - 1/6 og 24/7 2007.

Forsikringen starter den 27. marts-2007 på et bestemt trin, fordi han har købt en Audi med forsikring - policen er annulleret pga. alm. afmelding, ifm. totalskaden - til din orientering kan jeg sige, at Søren Stender har været på den sidste skade, hvorunder han har afleveret sin rapport, som du evt. kan tale med Hans Erik om.

Vi mener at kunne se, at han skylder penge her - han har kr. 8.976,kr. udestående, og det er os en gåde, hvorfor han har fået den første skade ordnet - både ansvar og kasko - når skadedato er FØR ikrafttræden.

Ikke mere herfra.

...«

Den 1. februar 2008 sendte If Skadeforsikring A/S brev til A og B.

Af brevet fremgår:

»Ophør af forsikringer på grund af urigtige oplysninger.

I forbindelse med anmeldte indbrud, sket den 25.12.2007, hvor vi undersøgt jeres tidligere forsikringsforhold i Codan.

Vi er blevet oplyst, at der i Codan er blevet anmeldt 3 skader. Ydermere er vi blevet oplyst, at I er i restance hos Codan.

På tegningsaftalen har I svaret nej til, at I som kunder haft skader de sidste 3 år og at I ikke er i restance hos tidligere selskab.

Havde vi haft kendskab til ovennævnte oplysninger, da forsikringerne blev tegnet, ville vi i henhold til vores acceptpolitik, have afvist at tegne forsikringer.

I henhold til Forsikringsaftale lovens §§ 4-6 om urigtige oplysninger, opsiger vi derfor familieforsikringen, police - - med tilbagevirkende kraft til ikrafttrædelsesdato den 17.10.2007.

...«

Det fremgik endvidere af brevet, at alle øvrige forsikringer - bortset fra brandforsikringen - tillige blev opsagt med virkning fra samme dato.

I anledning af sagen har If Skadeforsikring A/S foranlediget en undersøgelsesrapport udarbejdet, og heraf fremgår blandt andet:

»...«

Franchisesælger Kenneth Nielsen (IF salgscenter i Hjørring) tlf. 51885367 er den 24. januar 2008, kl. 13.45 telefonisk kontaktet af undertegnede. Adspurgt forklarede han, at han godt kunne huske den omhandlede kunde. Han huskede i detaljer, at de skulle forsikre en bil, som tidligere var forsikret af A, og der blev hentet bonus fra hendes tidligere samlivsforhold. I et forsøg på at få aftalen hjem, blev hun lovet bedre indplacering, end hun ellers var berettiget til. Dette blev godkendt af regionschefen. Direkte adspurgt forklarede han, at han var helt sikker på, at han ikke havde fået oplysninger omkring B's tidligere skader i Codan.

Kenneth Nielsen huskede også, at begæringen i første omgang blev fejllogget i Partnerservice, da side 2 med risikooplysninger manglede. Han kunne ikke forklare, hvordan den oprindelige side 2 var bortkommet, så han printede en ny side 2, som han efterfølgende sendte til Partnerservice. Direkte adspurgt forklarede han, at han var 100 % sikker på, at der ikke var ændret i den nye side 2 i forhold til den oprindelige side 2, der fulgte med til kunden i forbindelse med underskrivelsen af aftalen, og han tilføjede, at det i øvrigt heller ikke var teknisk muligt at ændre i aftalen efter den er sendt til hovedkontoret.

Kenneth Nielsen fastholdt således, at han ikke havde kendskab til B's tidligere skader hos Codan og at A og B begge havde skrevet under på begæringen, hvoraf det ligeledes fremgik, at de ikke havde haft skader indenfor de sidste 3 år og i øvrigt ikke var i restance i tidligere selskaber.

Jeg har i mails af henholdsvis den 24. januar og igen den 25. januar 2008 bedt kunden om at dokumentere deres genpart af tegningsaftalen, og dermed godtgøre, at det de har skrevet under på indeholder oplysninger om at der tidligere har været skader hos Codan ligesom, der er en aktuel restance ligeledes hos Codan. Jeg har samtidig rykket for en underskrevet fuldmagt.

...

Partnerservice v/afdelingskonsulent Jesper Frilund har på min forespørgsel til sagsgangen omkring tegningsaftaler og tilbud fra franchisekanalen svaret, at det omhandlede tilbud, som kunden skrev under på den 23.10.2007 blev indsendt og godkendt/accepteret på hovedkontoret den 29.10.2007. Efter denne dato har det ikke været muligt at rette i tilbuddet. I første omgang manglede side 2 i tegningsaftalen og derfor blev den fejllogget. En ny side er printet ud af sælgeren den 1. november og pr. fax sendt til hovedkontoret. . . .

...«

Kennet Nielsen er afgået ved døden.

Forklaringer

Der er under sagen afgivet forklaringer af B, A og Lars Magnussen.[1]

B har forklaret, at han og A var kærester, og de skulle tegne nye forsikringer i forbindelse med køb af et hus. A havde sammen med sin tidligere samlever tegnet forsikring gennem Kenneth Nielsen hos If Skadeforsikring A/S. Under et møde med Kenneth Nielsen oplyste de om deres eksisterende forsikringer, og at de ønskede at tegne forsikringer på huset og bilen, samt på dem selv. Kenneth Nielsen sagde, at han allerede havde oplysninger om A's forsikringsforhold. Han fortalte Kenneth Nielsen, at han havde fået stjålet en Audi A3 og om, at han havde en afdragsordning vedrørende Codans krav på selvrisko fra anmeldelsen. Grundet afdragsordningen mente han ikke, at han havde en restance. Kenneth Nielsen oplyste, at han ville undersøge dette på sin computer, og at han skulle drøfte tegningen af en ny forsikring med sin chef. Det er ikke rigtigt, at han sagde til Kenneth Nielsen, at han ikke havde haft skader de seneste 3 år - det ville have været en forkert oplysning. Den følgende dag kontaktede Kenneth Nielsen ham med oplysning om, at If Skadeforsikring ville tegne en forsikring. Begæringen blev sendt. Han gennemlæste den ikke ved modtagelsen, og efter underskrivelsen blev den returneret til If Skadeforsikring. Han har heller ikke læst side 2 i policen. Den 23. december 2007 tog han og A på juleferie. De vendte tilbage til huset den 25. december 2007 og konstaterede, at der havde været indbrud, og at der samtidig var sket omfattende hærværk på indboet. Det var også politiets konklusion. De 2 sofaer var skåret op i et »zigzag-mønster«, og flere stole var blevet ødelagt. Afløbet til en vask var blevet stjålet, og tyvene havde også gennemført brændeovnen. Sengen på 1. salen var blevet »mærket«, og mappen med forsikringsbetingelserne var forsvundet. Han kontaktede politiet, og de gav tilladelse til at fjerne de ødelagte effekter, fordi der sandsynligvis var benyttet handsker under tyveriet. Han kontaktede If Skadeforsikring gennem et call-center, og efter aftale skiftede han låsene i huset. Han talte med Kenneth Nielsen i anledning af tyveriet, og han udfærdigede en liste over det stjalne indbo. Kenneth Nielsen oplyste, at de skulle opgøre værdien af det stjalne efter oplysninger om priser på internettet af tilsvarende effekter. Han og A havde hver en Apple Notebook, og deres tv var en fladskærm af mærket Sony. De havde ca. 400 cd-film. Han havde haft fødselsdag i november 2007, og mange af pakkerne var ikke blevet pakket ud, fordi han ville undgå dubletter i forbindelse med julegaver. Indboet var hovedsageligt købt med kontanter, som han havde hævet i banken og på posthuset. Han havde ikke ret mange kvitteringer, og han drøftede det med Kenneth Nielsen. Han fik oplyst, at If Skadeforsikring ikke »brugte« kvitteringer.

A har forklaret, at hun kendte Kenneth Nielsen i forbindelse med sine tidligere forsikringer If Skadeforsikring. Hun og B boede i lejlighed, da de kontaktede Kenneth Nielsen angående tegning af nye forsikringer. De talte med Kenneth Nielsen om en bilforsikring, og de oplyste om de tidligere skader, som B havde haft på sine biler. Kenneth Nielsen undersøgte B's oplysninger på sin computer, og de fik herefter oplyst, at B kunne indtræde på samme forsikringstrin, som hun havde haft. Kenneth Nielsen blev underrettet om B's restance til Codan, og at der var indgået en afdragsordning. If Skadeforsikring sendte forsikringsbegæringen til dem. Hun underskrev begæringen, og hun har nok ikke gennemlæst den forinden. De returnerede den underskrevne begæring til If Skadeforsikring. Hun og B udfærdigede sammen anmeldelsen til forsikringsselskabet. De er blevet tilbudt 100.000 kr. i erstatning af en ansat hos If Skadeforsikring. Lars Magnussen har forklaret, at han har været ansat hos If Skadeforsikring i 22 år, og han er beskæftiget med udstedelse af policer. Han besvarer også spørgsmål fra sælgerne angående salg af policer. »Fejl lock« kan dels betyde, at der mangler oplysninger om tidligere forsikringsselskaber, dels at der skal indhentes yderligere skadesoplysninger. Det er altid muligt at printe en kopi af policen ud, og datoen vil i givet fald være datoen for foretagelse af printet. Assurandøren kan »låse« forsikringstilbuddet, og derefter kan der ikke foretages ændringer. Oplysninger om restancer dækker over alle skyldforhold til andre selskaber. I tilfælde af restance til

et andet forsikringsselskab kan der først tegnes ny forsikring, når restancen er betalt. Der kunne ikke tegnes forsikring, hvis oplysningerne om de 3 skader havde foreligget. Ved udstedelse af policer benyttes et sagsbehandlingssystem, og der er indlagt en spærre, som sikrer, at forsikringer ikke kan tegnes i disse tilfælde. If skadeforsikring indhenter ikke selv oplysninger om tidligere skader, medmindre forsikringstageren selv oplyser om tidligere skader.

Parternes synspunkter

A og B har gjort gældende,

at sagsøgte uberettiget har ophævet den tegnede forsikring, at sagsøgerne ikke har handlet svigagtigt eller fortiet oplysninger,

jf. forsikringsaftalelovens § 4,

at sagsøgte ikke har bevist, at selskabet ikke ville have tegnet forsikringen, såfremt oplysningerne om afdragsordning vedrørende forsikringsbegivenheder med bil havde været oplyst, jf.

forsikringsaftalelovens § 6,

at sagsøgte, efter begæringens indsendelse, selv skulle have undersøgt, om der var restance på bilforsikringen hos Codan,

at sagsøgte alligevel ville have tegnet indboforsikringen, selvom de var bekendt med skaderne på bilforsikringen,

at en afdragsordning med et forsikringsselskab ikke kan betegnes som en restance, og at problemer med den ene forsikringstagers bilforsikring ikke kan begrunde ophævelse af en fælles indboforsikring.

If Skadeforsikring A/S har gjort gældende:

Sagsøgte gør særligt gældende, at sagsøgerne har afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med udfærdigelse af forsikringsbegæring, idet sagsøgerne har undladt at oplyse sagsøgte om tidligere skader samt om restancer, herunder skyldig selvrisiko, til tidligere selskab.

Det gør i den forbindelse ingen forskel, på hvilke forsikringer de respektive skader har været, idet sagsøgte vurderer kundeforholdet ud fra en helhed.

Som følge heraf gøres det gældende, at sagsøgte med rette har ophævet forsikringsaftalen med tilbagevirkende kraft, jf. sagsøgtes interne tarif og FAL §§ 4-6.

Det bestrides, at sagsøgte - ifølge sædvane eller på andet grundlag burde have rettet henvendelse til sagsøgernes tidligere forsikringsselskab, idet der på baggrund af forsikringsbegæringen ikke har været anledning hertil.

Sagsøgte bestrider det fremsatte krav som udokumenteret.

Rettens begrundelse og afgørelse:

I »Undersøgelsesrapport« fremgår det, at Kenneth Nielsen - under en telefonsamtale den 24. januar 2008 - forklarede, at forsikringsbegæringen blev fejlløst, fordi side 2 manglede, og han sendte en ny side 2, som var identisk med den, der medfulgte i forbindelse med underskrivelsen af aftalen. Efter bevisførelsen finder retten det herefter godtgjort, at den foreliggende side 2 var identisk med den, som sagsøgerne udfyldte, og det kan herefter ikke tillægges betydning, at tilbuds-datoerne ikke var de samme på alle siderne i tegningsaftalen.

Retten finder det herefter bevist, at sagsøgerne i overensstemmelse med angivelsen i den underskrevne tegningsaftale oplyste, at de ikke tidligere havde været i restance, og at de ikke havde haft skader inden for de sidste 3 år.

Efter bevisførelsen - herunder oplysningerne i Codans e-mails af 8. januar 2008 og 15. januar 2008 - finder retten det bevist, at B på tidspunktet for tegningen havde gæld til sit tidligere forsikringsselskab, og at han havde haft belastende skader på sin bilforsikring med Codan. Sagsøgernes oplysninger i tegningsaftalen var derfor urigtige, jf. forsikringsaftalelovens § 4. Efter bevisførelsen og indholdet af e-mailen af 19. oktober 2007 må retten lægge til grund, at sagsøgerne ikke gav Kenneth Nielsen oplysning om skader i forbindelse med tegningen af forsikringerne.

Retten lægger i overensstemmelse med Lars Magnussens forklaring til grund, at sagsøgte ikke tegner forsikringer i situationer, hvor en forsikringstager oplyser at have haft 3 skader inden for et år, og at forsikringstegning ville blive hindret af en systemspærre. Allerede som følge heraf finder retten det bevist, at sagsøgte ikke ville have tegnet forsikringerne, såfremt de havde modtaget oplysningerne om B's skadesforhold på sin bilforsikring.

Som følge af det anførte var sagsøgte berettiget til at opsige forsikringerne med virkning fra indgåelsen, og retten tager derfor sagsøgtes frifindelsespåstand til følge.

Ved fastsættelse af omkostningerne har retten lagt vægt på sagens omfang, og der er taget udgangspunkt i vejledende satser for proceduresalærer til advokater. Omkostningerne fastsættes som nedenfor bestemt.

Thi kendes for ret:

If Skadeforsikring A/S frifindes.

Inden 14 dage fra denne doms afsigelse betaler statskassen sagsomkostninger med 37.500 kr. til If Skadeforsikring A/S.

Østre Landsrets dom.

Hillerød Rets dom af 16. november 2010 (- - -) er anket af A og B med påstand som for byretten om, at If Skadeforsikring A/S dømmes til at betale 502.941,00 kr., subsidiært et mindre beløb, med procesrente fra sagens anlæg den 30. oktober 2009.

If Skadeforsikring A/S har påstået stadfæstelse.

Supplerende sagsfremstilling

Af Codan Forsikring A/S' brev af 27. juli 2008 til appellanternes advokat, Fryd & Nielsen, fremgår følgende:

». . .

Jeres kunde: J 4882 - - -

Kunden har tegnet forsikring for - - - der er i kraft fra 16. februar 2007, og der er anmeldt tre skader.

Første skade: uheld den 05. marts 2007 kunden bakker ind i modparten. Vi har betalt for en kaskoskade og en ansvarsskade, og opkrævet selvrisikobeløbet som var 17.452 kr. som kunden betalte.

Anden skade: uheld den 01. juni 2007 kundens bil er parkeret og bliver påkørt af kendt modpart. Modpartens selskab har betalt for skaden, og uheldet har ikke belastet kundens forsikring.

Tredie skade: tyveri af bilen den 24. juli 2007, vi har betalt kontanterstatning for bilen til panthaver, og opkrævet selvrisiko 17.452 kr. hos kunden. Selvrisikobeløbet er efter aftale pr. telefon betalt over fire gange.

Kunden skylder ikke noget her.

. . .«

Forsikring & Pensions responsumudvalg har i en besvarelse af 27. juni 2011, som er indhentet af parterne til brug for ankesagens behandling, anført følgende:

»Svar i responsumsag nr. 5.1- -3466

Med henvisning til Deres brev af 20. april 2011, fremsendes hermed svar fra Forsikring og Pensions responsumudvalg. . . .

Spørgsmål 1 lød således:

»Var det sædvane i efteråret 2007 ved overtagelse af en bilforsikring, at det ny forsikringsselskab spørger det gamle bilforsikringsselskab, om der har været skader?«

Forsikring & Pensions svar:

Det var i 2007, såvel som i dag, sædvanligt at det nye forsikringsselskab spørger det gamle selskab om skader.

Spørgsmål 2 lød således:

»Når der i en forsikringsbegæring spørges: »Hvor mange skader har du/I haft de seneste 3 år?« skal spørgsmålet så forstås således, at der skal oplyses om en hver anmeldelse til forsikringsselskabet eller ønskes der oplysninger om skader der har kostet selskabet erstatning? - altså skal der gives oplysninger om bilskade, hvor f.eks. modparten har hele skylden?«

Forsikring og Pensions svar:

Med den i spørgsmålet nævnte formulering skal der gives oplysning om samtlige skader uanset skyld.

Spørgsmål 3 lød således:

Er det i overensstemmelse med god forsikringsskik, som i den konkrete sag, at afvise at betale erstatning på indboforsikring under henvisning til urigtige oplysninger på bilforsikring:

3.A Når indbo- og bilforsikring tegnes samtidig?

3.B Hvis indboforsikring kunne være tegnet alene, uden afgivelse af urigtige oplysninger, og til stort set samme pris?

Forsikring og Pensions svar:

3.A: Som udgangspunkt kan et selskab godt have indtegningsregler, hvorefter man ikke ønsker at tegne kundens forsikringer, hvis kunden samlet på hele kundeforholdet har haft f.eks. 3 skader

indenfor 2 år. Kunden skal gøres opmærksom på konsekvensen af evt. urigtige oplysninger, jfr. god skik reglerne. Det kræver, at selskabet ved indtegnings har spurgt til det samlede skadeforløb.

3.B: Det ændrer ikke noget, at den kunne være tegnet alene. Det afgørende er, om den rent faktisk er indtegnet alene. I det tilfælde vil en urigtig skadesoplysning på en anden forsikringstype ikke have indflydelse på forsikringsdækningen.

Spørgsmål 4 lød således:

»Hvorvidt kan skyldig selvrisiko i forsikringsmæssig forstand karakteriseres som en restance til forsikringsselskabet, herunder hvis der er

indgået en afdragsordning med selskabet?» *Forsikring og Pensions svar:*

Når selskabet har udlagt beløbet, betragtes selvrisiko som restance til selskabet«

Forklaringer

Der er i landsretten afgivet supplerende forklaringer af B og Lars Vester Magnussen.

For landsretten er der endvidere afgivet vidneforklaring af Preben Sander Danielsen og Jeanne Hoeing.

B har supplerende forklaret blandt andet, at de kontaktede assurandør Kenneth Nielsen, fordi A kendte ham fra tidligere og stolede på ham. Han og A ville købe A's tidligere samlevers bil, der var forsikret i forvejen. På den måde kunne A få anciennitet i forbindelse med tegning af forsikring. På det tidspunkt havde han ikke selv nogen bil, da hans egen bil var brændt. Banken skulle have penge, og han hang på selvrisikoen. Han aftalte med Codan Forsikring, at han skulle betale to afdrag i henholdsvis oktober og november 2007. Af hensyn til julegaveindkøb blev det aftalt, at der ikke skulle betales noget afdrag i december 2007. De resterende afdrag skulle falde i februar og marts 2008. Han betalte sine afdrag i oktober og november 2007. På mødet fortalte han Kenneth Nielsen om, at han på et tidspunkt forårsagede en skade ved at bakke ind i en anden bil, og om, at hans bil efterfølgende var blevet stjålet og brændt. Han fortalte også Kenneth Nielsen om afdragsaftalen. Ved mødets afslutning oplyste Kenneth Nielsen, at han ville vende tilbage, når han havde talt med sin chef om, på hvilket trin han ville kunne indplaceres. Prisforskellen på de to trin var 2.000 kr. Kenneth Nielsen ringede efterfølgende og oplyste, at forsikringen var gået igennem, og at der ville blive sendt papirer frem til dem.

Da de modtog papirerne fra Kenneth Nielsen, var de på vej på arbejde. Der var vist tale om fire uhæftede sider, der var vedlagt en frankeret svarkuvert. Han husker ikke, om der også var vedlagt en kopi. De skimmede det kun, inden de skrev under og sendte det samme dag. Alt blev stjålet i forbindelse med indbruddet i deres hus i julen 2007. I skadeopførelsen har de medtaget en Louis Vuitton-taske til en nypris opgjort i dollar, som han har fundet på nettet. I forbindelse med samlinger af eksempelvis tallerkener oplyste de nyprisen på den sidst anskaffede tallerken. Det var Kenneth Nielsen, der havde instrueret dem i at opgøre værdierne på denne måde. Han diskuteret spørgsmålet om kvitteringer med Kenneth Nielsen, fordi han lige havde oplevet, at Codan i forbindelse med tyveriet af hans bil forlangte kvitteringer for udbetaling af erstatning for de genstande, der lå i bilen. Kenneth Nielsen oplyste, at If »ikke brugte kvitteringer«. På det tidspunkt arbejdede A og han ved samleband om natten. For dette arbejde fik de udbetalt ca. 8-9.000 kr. hver 14. dag. Flere af tingene, som de mistede, var samlet over en del år.

Lars Vester Magnussen har supplerende forklaret blandt andet, at han har arbejdet hos If Skadeforsikring siden februar 2008. Tilbudssystemet blev indført i 2001. Spørgsmålet vedrørende restancer blev først indført i systemet i 2003. Assurandøren kommer ikke videre i systemet, hvis vedkommende ikke svarer på spørgsmålene. Hvis der svares ja på et af de tre spørgsmål under

»supplerende oplysninger«, kan assurandøren ikke gøre tilbuddet færdigt på egen hånd. Den stopklods gælder også vedrørende restancer. Han ved ikke, om det er muligt at printe en forsikringsbegæring, der ikke er udfyldt. Han kender ikke noget til privattariffen - kun til tilbudssystemet. Sagsøgers bilforsikring var en nytegning.

Preben Sander Danielsen har blandt andet forklaret, at han har arbejdet hos If Skadeforsikring i 9½ år. Tidligere arbejdede han i 18 år ved kriminalpolitiet i København. Hos If Skadeforsikring leder han en afdeling, der opklarer sager med uklare hændelsesforløb. Afdelingen forestår endvidere intern sikkerhed og kontrol. Der findes på brancheniveau et sæt etiske regler. Derudover arbejder If Skadeservice efter yderligere et sæt etiske regler. Det følger af objektivitetsforpligtelsen, at også de oplysninger, der ikke er til gunst for selskabet, skal indgå i det materiale, som afdelingen afleverer. Han underviser assurandører i spørgsmål om etik og moral. Han kom ind i denne sag efter henvendelse fra en medarbejder i Skadeservice, der var faldet over, at en ny kunde kort tid efter tegning anmeldte et relativt stort krav. Sagen blev behandlet standardmæssigt.

Forsikringstagerne var blandt andet frustrerede over, at han meddelte dem, at de alligevel ikke var berettigede til en acontoudbetaling, som de ellers var blevet lovet. Han husker den samtale, han havde med Kenneth Nielsen. Kenneth Nielsen havde kunden i frisk erindring. Han gik Kenneth Nielsen på klingen og spurgte ham direkte, om han havde rettet i dokumentet med risikooplysninger efter kundens underskrift. Kenneth Nielsen svarede uden tøven, at det havde han ikke, og at det i øvrigt ikke var teknisk muligt. *Jeanne Hoeing* har forklaret blandt andet, at hun har været ansat i If Skadeservice siden 1. januar 1992. Hun har altid haft med kundevurderinger at gøre. Hun har været leder siden 1997/98 og er nu leder i en afdeling, der blandt andet forestår inkasso, policeændringer, opsigelse af kunder og notering af pant på biler. Ved indtegning har If Skadeforsikring altid stillet spørgsmålene om, hvorvidt kunden har haft tre skader, og om, hvorvidt kunden har været opsagt eller undergivet skærpede vilkår. I 2. halvår 2003 kom spørgsmålet om restancer til. I privattariffen fra 2007 står der ikke noget om restancer. Privattariffen er imidlertid et internt papir, som ikke bruges ved indtegning. Ved indtegning anvendes tilbudssystemet. I 2007 kunne der ikke ske indtegning, hvis det var oplyst, at der var restancer, eller at der havde været tre skader. Restancer omfatter skyldig præmie og skyldig selvrisiko. Det ville ikke have gjort nogen forskel, om der havde været tale om belastende skader eller ej. Ved at gå videre til en overordnet ville der eventuelt alligevel kunne ske godkendelse af forsikringen. Hvis det var oplyst, at der havde været to skader, ville forsikringen være kørt lige igennem. If Skadeforsikring spørger til alle skader, herunder også skader, der ikke er blevet dækket af den potentielle kundes egen forsikring. En skade har en betydning, uanset hvilken af kundens forsikringer skaden er sket på. Hvis en potentiel kunde har haft tre skader på sin indboforsikring, vil det sige noget om den pågældendes adfærd og dermed indgå i en risikovurdering. If Skadeforsikring indhenter oplysninger om potentielle forsikringstagere, hvis der kort tid efter tegning kommer uforholdsmæssigt mange skader. Alle selskaber bruger i dag EDI-systemet til at dele oplysninger om blandt andet opsigelser. I denne sag var det kun husforsikringen, der blev overtaget. De øvrige forsikringer, som sagsøgerne tegnede samtidig, blev nytegnet.

Procedure

Parterne har for landsretten i det væsentlige gentaget deres anbringender for byretten og har procederet i overensstemmelse hermed.

Landsrettens begrundelse og resultat:

Ifølge tegningsaftalen havde A og B svaret »nej« til spørgsmålet, om der var restance til tidligere selskab.

Efter oplysningerne fra Codan Forsikring A/S i skrivelsen af 27. juli 2008 kan det lægges til grund, at B ikke på noget tidspunkt - og dermed heller ikke på

tegningstidspunktet den 23. oktober 2007 - var i restance med betalingen efter den indgåede afdragsordning med dette selskab.

På denne baggrund og uanset det indhentede responsum fra Forsikring og Pension finder landsretten ikke, at det kan tilregnes B som uagtsomt, såfremt han - hvad han selv har bestridt - ved forsikringstegningen undlod at give oplysning om restgælden til Codan Forsikring A/S ifølge afdragsordningen.

Ifølge tegningsaftalen havde A og B endvidere svaret, at der ikke havde været nogen skader i de sidste 3 år. Efter indholdet af den ovennævnte skrivelse fra Codan Forsikring A/S må det lægges til grund, at der i dette tidsrum havde været 3 skader, men at kun 2 af skaderne havde belastet forsikringen. Der er enighed om, at B i hvert fald undlod at give oplysning om den skade, der ikke havde belastet forsikringen.

Efter en naturlig sproglig forståelse af spørgsmålet i tegningsaftalen finder landsretten, uanset det indhentede responsum fra Forsikring og Pension, at det ikke kan tilregnes B som uagtsomt, når han undlod at give oplysning om den ikke belastende skade.

Hvad dernæst angår de 2 belastende skader, har B har gjort gældende, at hans oplysninger blev forkert gengivet i tegningsaftalen, idet han havde givet assurandøren oplysning herom. Imidlertid må det efter forklaringen fra Jeanne Hoeing lægges til grund, at forsikringen også ville være antaget, selv om der var givet oplysning om 2 tidligere skader. Det er derfor uden betydning, hvorvidt gengivelsen i tegningsaftalen er korrekt på dette punkt eller ej.

Herefter har If Skadeforsikring A/S ikke været berettiget til som sket at opsige A og B's familieforsikring med tilbagevirkende kraft fra tegningstidspunktet, med henvisning til at de havde givet urigtige oplysninger ved tegningen. Forsikringsselskabet er derfor forpligtet til at dække deres tab i forbindelse med indbruddet i deres hjem den 25. december 2007.

Som følge heraf, og da der ikke findes grundlag for at fravige A og B's erstatningsopgørelse, tager landsretten deres principale påstand til følge.

Efter sagens udfald skal If Skadeforsikring A/S betale sagsomkostninger i begge instanser. A og B havde fri proces (uden retshjælpsforsikring) for byretten, men ikke for landsretten.

If Skadeforsikring A/S skal derfor til statskassen betale sagsomkostninger for byretten med 50.000 kr., hvoraf 12.380 kr. udgør udgifter til retsafgift. Endvidere skal selskabet til A og B under ét betale sagsomkostninger med 65.000 kr., hvoraf 12.380 kr. udgør udgifter til retsafgift. Ved fastsættelsen af beløbet til dækning af udgifterne til advokatbistand er der ud over sagens værdi taget hensyn til sagens omfang og betydning.

Thi kendes for ret:

Byrettens dom ændres, således at indstævnte, If Skadeforsikring A/S, til appellanterne, A og B, skal betale 502.941 kr. med tillæg af rente fra den 30. oktober 2009.

I sagsomkostninger for byretten skal indstævnte, If Skadeforsikring A/S, betale 50.000 kr. til statskassen.

I sagsomkostninger for landsretten skal indstævnte, If Skadeforsikring A/S, betale 65.000 kr. til appellanterne, A og B.

Det idømte betales inden 14 dage efter denne doms afsigelse. Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8 a.

1. Dommerens redegørelse i medfør af retsplejelovens § 218 a, stk. 3, er indarbejdet i dommen.