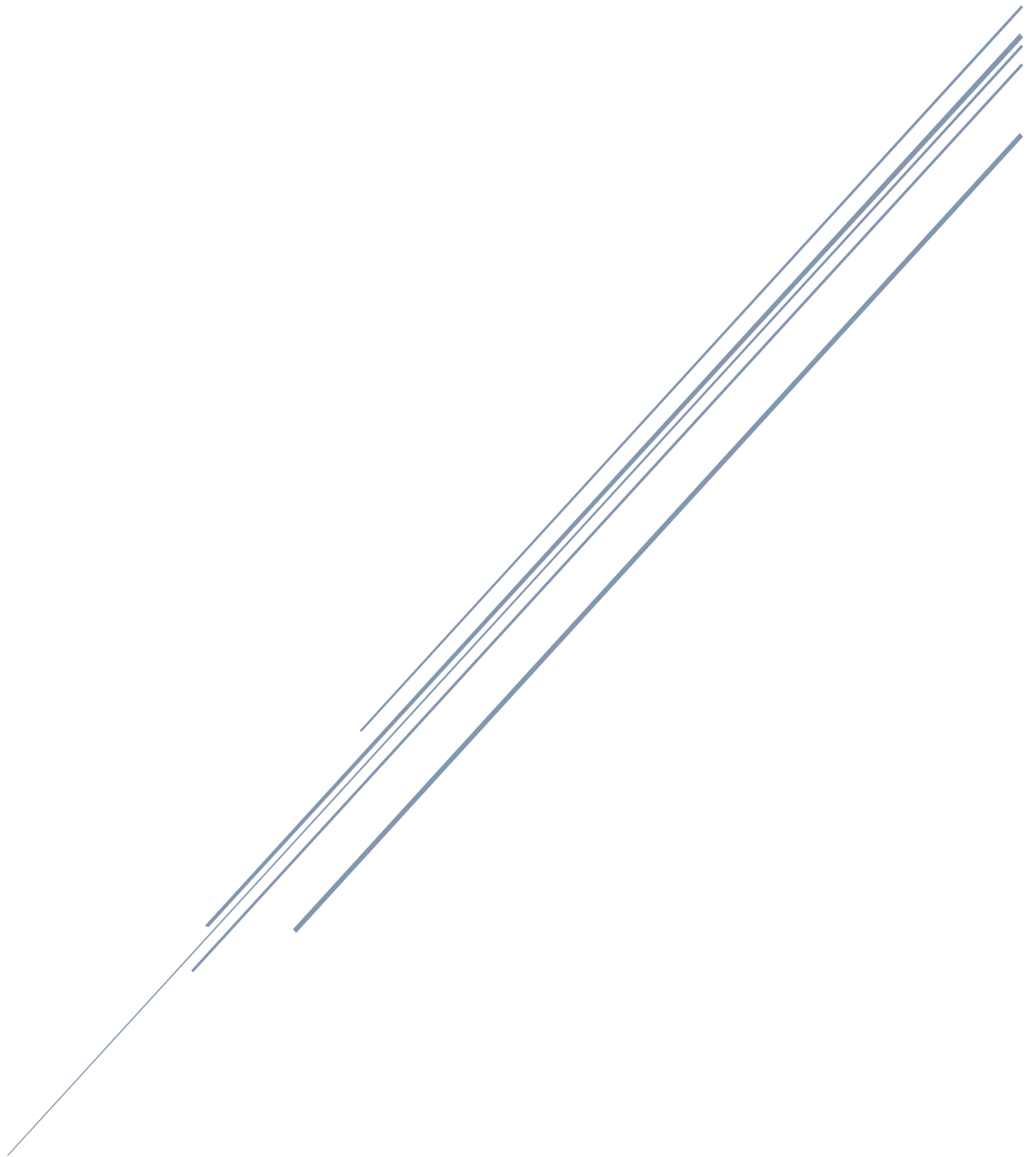


# VURDERINGEN AF SKYLD VED FORSIKRING- SAFTALENS INDGÅELSE

Kandidatspeciale

Aalborg Universitet



Ida Madsbøll Wenneke  
Vejleder: Louise Kjærgaard Heilskov

## Abstract

This thesis examines the legal assessment of incorrect and incomplete disclosures made by policyholders at the time of concluding an insurance contract under Danish insurance law. The purpose of the thesis is to analyze whether it is possible to establish general boundaries between fraud, negligence and good faith when assessing the policyholder's conduct in connection with the disclosure of risk information. The thesis focuses primarily on the provisions in the Danish Insurance Contracts Act concerning the policyholder's duty to provide information and the legal consequences of breaching this duty.

The focus is placed on the interpretation and practical application of section 4-7 of the Danish Insurance Contracts act, which regulate fraud, negligence and good faith. The analysis is supplemented by a review of the insurance law, the scope of the Danish Insurance Contracts Act, the general principles in the insurance law, and the contractual nature of insurance agreements.

The thesis demonstrates that the distinction between fraud, negligence and good faith cannot be determined solely on the interpretation of the sections. The assessment depends on the specific circumstances in each case. The court of justice and the Danish Insurance Complaints Board attach importance to several factors. These includes the formulation of the questions, the policyholder's knowledge of the relevant information, the importance for the insurance company's risk assessment, and the type of insurance.

Furthermore, the thesis concludes that although certain criteria can be identified, it is difficult to establish clear and general boundaries between the different degrees of culpability. The legal assessment remains highly discretionary. This may create uncertainty regarding the policyholder's legal position.

Finally, the thesis discusses whether the current Danish rules remain sufficient in an more digitalized insurance market, where the insurance contracts are often concluded through automated procedures and standardized questions.

## Indholdsfortegnelse

<b>1. INDLEDNING</b> .....	<b>4</b>
1.2. PROBLEMFOMULERING.....	5
<b>2. METODE</b> .....	<b>5</b>
2.1. RETSKILDER.....	6
2.1.1. Loven.....	6
2.1.2. Retspraksis.....	7
2.1.3. Retslitteratur.....	8
<b>3. FORSIKRINGSRETTENS SYSTEMATIK</b> .....	<b>9</b>
3.1. FORSIKRINGSAFTALELOVENS FORMÅL OG SYSTEMATIK.....	9
3.1.1. Forsikringsaftalelovens anvendelsesområde.....	10
3.1.2. Tilfælde udenfor forsikringsaftalelovens anvendelsesområde.....	12
3.2. LOV OM FORSIKRINGSVIRKSOMHED.....	14
3.2.1. Finanstilsynets koncession.....	14
3.2.2. Finanstilsynets tilsyn med forsikringselskaber.....	15
3.2.3. Forsikringselskabers offentlighed.....	15
3.3. VÆRNETING.....	16
3.4. FORSIKRINGSAFTALEN.....	16
3.4.1. Forsikringsaftalens placering i aftaleretten.....	18
3.5. GRUNDLÆGGENDE PRINCIPPER I FORSIKRINGSRETTEEN.....	19
3.5.1. Skadesforsikring og summaforsikring.....	19
3.5.2. Forsikringstager og den sikrede.....	20
3.5.3. Forsikringsydelse og forsikringssum.....	21
3.5.4. Deklaratoriske og præceptive regler.....	22
<b>4. RISIKOOPLYSNINGER VED FORSIKRINGSAFTALENS AFSLUTNING</b> .....	<b>22</b>
4.1. TIDSRAMMEN FOR AFGIVELSE AF RISIKOOPLYSNINGER.....	24
<b>5. FORSIKRINGSTAGERENS SVAR- OG OPLYSNINGSPLIGT</b> .....	<b>25</b>
5.1. TEGNING AF FORSIKRING PÅ BAGGRUND AF KONKRETE FORHOLD.....	26
5.2. TILFÆLDE UDEN NÆR SAMMENHÆNG.....	27
5.3. BILFORSIKRINGER.....	27
<b>6. SKYLDGRADER I FORSIKRINGSRETTEEN</b> .....	<b>28</b>
6.1. SVIG.....	28
6.1.1. Retsvirkningerne af svig.....	30
6.2. GOD TRO.....	32
6.2.1. Retsvirkningerne af god tro.....	35

6.3. UAGTSOMHED .....	36
6.3.1. Retsvirkningerne af uagtsomhed .....	41
6.3.1.1. Ansvarsfritagelse .....	41
6.3.1.2. Pro ratareglen.....	42
6.3.1.3. Lempelsesreglen .....	47
6.3.1.4 Kausalitetsreglen.....	51
<b>7. GRÆNSERNE MELLEM SKYLDGRADERNE.....</b>	<b>52</b>
7.1. SVIG .....	53
7.2. UAGTSOMHED .....	59
7.3. GOD TRO.....	64
7.4. VURDERING AF GRÆNSERNE MELLEM SKYLDGRADERNE .....	69
<b>8. FORSIKRINGSAFTALELOVEN I ET DIGITALISERET OG STANDARDISERET FORSIKRINGSMARKED.....</b>	<b>71</b>
<b>9. KONKLUSION .....</b>	<b>72</b>
<b>10. LITTERATURLISTE.....</b>	<b>74</b>
10.1. BØGER.....	74
10.2. RETSPRAKSIS.....	74
10.3. ANKENÆVNSPRAKSIS .....	75
10.4. LOVE .....	75

## 1. Indledning

Forsikringsaftaler indgår som en naturlig del af det moderne samfund og har til formål at skabe økonomisk tryk ved overførsel af risiko fra forsikringstageren til forsikringsselskabet. For at forsikringsselskabet kan foretage en korrekt vurdering af risikoen, er selskabet afhængigt af, at forsikringstageren afgiver korrekte og fyldestgørende oplysninger ved forsikringens tegning. Disse oplysninger danner grundlag for selskabets beslutning om, hvorvidt forsikringen kan tegnes, samt på hvilke vilkår og til hvilken præmie.

Hvis forsikringstageren afgiver urigtige eller mangelfulde oplysninger, kan dette få væsentlige konsekvenser for forsikringsforholdet. Forsikringsselskabet kan efter omstændighederne være berettiget til at begrænse eller helt afskære dækningen efter reglerne i forsikringsaftalelovens §§ 4-7. Retsvirkningerne afhænger imidlertid af, hvilken skyldgrad der foreligger hos forsikringstageren. Der sondres i den forbindelse mellem svig, uagtsomhed og god tro. Vurderingen heraf har afgørende betydning for, om forsikringsselskabet kan ophæve aftalen, nedsætte erstatningen forholdsmæssigt eller fortsat hæfte fuldt ud.

Afgrænsningen mellem de forskellige skyldgrader giver imidlertid anledning til betydelige fortolkningsmæssige udfordringer. Det er ikke klart fastlagt, hvor grænsen mellem svig, uagtsomhed og god tro præcist går. Vurderingen beror i høj grad på en konkret helhedsvurdering af de enkelte omstændigheder. Domstolene og Ankenævnet for Forsikring foretager i praksis en samlet vurdering, hvor der blandt andet lægges vægt på forsikringstagerens kendskab til oplysningerne, spørgsmålenes formulering, oplysningernes betydning for risikovurderingen samt forsikringstypen.

Specialet har derfor til formål at undersøge, om det er muligt at opstille generelle grænser mellem svig, uagtsomhed og god tro ved afgivelse af urigtige eller manglende oplysninger ved forsikringens tegning. Specialet vil i den forbindelse analysere domstolspraksis og ankenævnspraksis med henblik på at klarlægge hvilke momenter der tillægges vægt ved vurderingen af de forskellige skyldgrader.

Endvidere vil specialet diskutere, hvorvidt de danske regler fortsat er tidssvarende i et samfund, hvor forsikringsaftaler i stigende grad indgår digitalt og på baggrund af standardiserede processer.

## 1.2. Problemformulering

Urigtige og manglende oplysninger ved tegning af forsikring behandles i nærværende speciale. Specialet søger at foretage en udførlig behandling af, hvorvidt der kan opstilles nogle generelle grænser mellem svig, uagtsomhed og god tro.

Problemformuleringen bliver derfor:

*Kan der opstilles grænser mellem svig, uagtsomhed og god tro ved urigtige og manglende oplysninger afgivet ved tegning af forsikring.*

## 2. Metode

Specialet anvender den retsdogmatiske metode. Formålet med den retsdogmatiske metode er at beskrive og analysere, hvad der er gældende ret inden for et specifikt retsområde. Her anvendes en systematisk og metodisk gennemgang, hvorefter metoden bliver transparent.<sup>1</sup> Bagved den retsdogmatiske metode ses en analyse af de relevante retskilder. Dette skaber klarhed over, hvad der er gældende ret.<sup>2</sup> Formålet med den retsdogmatiske metode er dermed ikke at frembringe noget nyt. Derimod beskriver og analyserer den, hvad gældende ret på området er.<sup>3</sup>

Både den juridiske metode samt den retsdogmatiske metode anvender retskilder og fortolkningsprincipper inden der skal foretages en retlig subsumtion.<sup>4</sup> Dog er formålet ved den retsdogmatiske metode ikke at løse konkrete problemstillinger, hvilket er formålet ved juridisk metode. Formålet ved den retsdogmatiske metode er derimod at klarlægge hvad gældende ret er.<sup>5</sup> Udgangspunktet for de to metoder er dog det samme, selvom disse er forskellige.<sup>6</sup>

Den retsdogmatiske metode adskiller sig fra andre metoder, da den indeholder almene værdipræmisser. Disse kaldes retlige værdier, og kan eksempelvis være retssikkerhed.<sup>7</sup> Det er vigtigt, at personlige

---

<sup>1</sup> Munk-Hansen, C., 2022, side 211

<sup>2</sup> Blume, P., 2007, side 179

<sup>3</sup> Blume, P., 2016, side 40

<sup>4</sup> Munk-Hansen, C., 2022, side 211

<sup>5</sup> Munk-Hansen, C., 2021, side 14

<sup>6</sup> Munk-Hansen, C., 2022, side 69

<sup>7</sup> Munk-Hansen, C., 2022, side 218

holdninger ikke har indflydelse på de retlige værdier.<sup>8</sup> De retlige værdier har betydning for fortolkningsstilen samt forståelsen af retsområdet.<sup>9</sup>

## 2.1. Retskilder

Retssamfundet reguleres af retskilder. Det er retskilderne, der er med til at fastslå, hvad gældende ret er.<sup>10</sup> Der kan sondres mellem to kategorier af retskilder, nemlig det bindende materiale eller det vejledende materiale. Det bindende materiale skal indgå ved en afgørelse, hvorimod dette ikke er et krav ved det vejledende materiale.<sup>11</sup>

Det er sjældent, at en retskilde indeholder alt det data, der er nødvendigt for at fastslå gældende ret. Retskilderne udgør dermed samlet, hvad gældende ret er. Retskilderne har derfor en harmonisk sammenhæng og står ikke i konkurrence med hinanden.<sup>12</sup>

Retskilderne inddeles i fire traditionelle grupper. Disse er henholdsvis loven, retspraksis, sædvaner og forholdets natur.<sup>13</sup> I det følgende gennemgås loven og retspraksis, idet disse er anvendt igennem specialet. Efterfølgende behandles retslitteratur. Dette er dog ikke en retskilde.<sup>14</sup>

### 2.1.1. Loven

Loven er som udgangspunkt bindende. Loven kan karakteriseres som *"nedskrevne retsregler, der umiddelbart kan håndhæves ved domstolene"*.<sup>15</sup> Loven har forrang for andre retskilder, da disse er gennemført af Folketinget. Folketingsmedlemmerne er folkevalgte, og lovene får dermed en særlig demokratisk legitimitet.<sup>16</sup>

Lovene kan være fravigelige eller ufravigelige. Som udgangspunkt er offentligretlige love ufravigelige.<sup>17</sup> Yderligere kan privatretlig lovgivning være ufravigeligt for at beskytte den svage part i

---

<sup>8</sup> Munk-Hansen, C., 2022, side 59

<sup>9</sup> Munk-Hansen, C., 2022, side 218

<sup>10</sup> Blume, P., 2016, side 179

<sup>11</sup> Munk-Hansen, C., 2021, side 18-19

<sup>12</sup> Blume, P., 2007, side 185

<sup>13</sup> Munk-Hansen, C., 2022, side 201

<sup>14</sup> Munk-Hansen, C., 2021, side 80-81

<sup>15</sup> Munk-Hansen, C., 2022, side 263

<sup>16</sup> Blume, P., 2016, side 200

<sup>17</sup> Evald, J., 2019, side 24

aftaleforholdet. Dog er privatretten fravigelig i et betydeligt omfang. Parterne har derfor mulighed for at aftale, at en vis regel ikke skal finde anvendelse i aftaleforholdet.<sup>18</sup>

Loven som retskilde kan inddeles i et hierarki. Øverst er Grundloven, herefter folketingslovene og EU-forordninger. Nederst i hierarkiet er bekendtgørelser.<sup>19</sup> Grundloven indeholder de værdier samfundet bygger på. Det kræver en særlig proces, såfremt der skal ske ændringer.<sup>20</sup> Ifølge Grundlovens § 3, tilkommer lovgivningsmagten kongen og Folketinget i forening. Love der udarbejdes af Folketinget må ikke være i strid med Grundloven.<sup>21</sup> Bekendtgørelser bliver udstedet af fagministeren inden for et givent område. For at en bekendtgørelse er gyldig, så skal denne have hjemmel i en folketingslov.<sup>22</sup>

### *2.1.2. Retspraksis*

Ifølge Grundlovens § 3 tilkommer den dømmende magt domstolene.<sup>23</sup> Domstolene har to opgaver, der er henholdsvis retsskabende- og lovforklende opgaver.<sup>24</sup> Disse opgaver udspringer af, at domstolene er forpligtede til at træffe en afgørelse, uanset, hvilke omstændigheder, der er i den enkelte sag.<sup>25</sup>

Domstolenes primære opgave er skal ikke at skabe ny ret. Derimod er den primære opgave at fortolke allerede eksisterende retsregler. Domstolene skal dermed fortolke retsregler, så der kan træffes en afgørelse. Domstolene er derudover også forpligtede til at træffe en afgørelse, selvom der ikke foreligger lovregler på området.<sup>26</sup>

Den dom der afsiges, er som udgangspunkt kun bindende for sagens parter.<sup>27</sup> En konkret afgørelse kan imidlertid få betydning for fremtidige afgørelser af samme karakter.<sup>28</sup> Dette skyldes, at retspraksis bygger på en lighedsideologi. Borgere har dermed mulighed for at forudse, hvilken retsstilling

---

<sup>18</sup> Munk-Hansen, C., 2022, side 275

<sup>19</sup> Munk-Hansen, C., 2021, side 24

<sup>20</sup> Bryde Andersen, 2002, side 136

<sup>21</sup> Ewald, J., 2019, side 21

<sup>22</sup> Munk-Hansen, C., 2021, side 35 og Munk-Hansen, C., 2022, side 281

<sup>23</sup> Munk-Hansen, C., 2021, side 61

<sup>24</sup> Munk-Hansen, C., 2021, side 65

<sup>25</sup> Munk-Hansen, C., 2022, side 337

<sup>26</sup> Munk-Hansen, C., 2022 side 337

<sup>27</sup> Ewald, J., 2019, side 43

<sup>28</sup> Ewald, J., 2019, side 44

denne har. Ligehedsideologien medfører dermed, at domme kan opnå præjudikatværdi for senere domme med samme karakter.<sup>29</sup>

I det nærværende speciale anvendes der ligeledes praksis fra Ankenævnet for Forsikring. Dette skyldes, at disse afgørelser kan tillægges betydelig vægt ved fortolkning af loven.<sup>30</sup> Yderligere er mange problemstillinger alene behandlet ved Ankenævnet, og forsikringstagere og forsikringselskaber følger de fleste kendelser. Derudover tillægger domstolene Ankenævnets kendelser stor værdi, og det ses sjældent, at domstolene tilsidesætter afgørelserne, når det handler om en egentlig forsikringsjuridisk problemstilling.<sup>31</sup>

### *2.1.3. Retslitteratur*

Retslitteratur inddrages typisk når retskilder behandles. Retslitteratur er dog ikke en retskilde, da denne ikke har den nødvendige legitimitet, det kræver for at påvirke gældende ret.<sup>32</sup> Retslitteratur kan dog supplere retskilderne. Dette skyldes, at retslitteraturen kan indeholde overbevisende argumentation for, hvordan en given retstilstand skal behandles.<sup>33</sup> Retslitteraturen kan dermed anvendes, såfremt en opfattelse ikke fremgår af en retskilde.<sup>34</sup> Retslitteratur er dermed en inspirationskilde for domstolens afgørelser.<sup>35</sup>

Yderligere kan retslitteraturen påpege, hvilke væsentlige hensyn, der skal inddrages ved en afgørelse.<sup>36</sup> Derudover kan retslitteraturen fremvise en hensynsafvejning, der kan anvendes i en konkret sag.<sup>37</sup> Retslitteratur kan derfor have betydning for retsdannelsen, da den kan være vejledende for den dømmende magt.<sup>38</sup>

---

<sup>29</sup> Munk-Hansen, 2021, side 65 og Munk-Hansen, 2022, side 332

<sup>30</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 13

<sup>31</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 13

<sup>32</sup> Blume, P., 2016, side 188

<sup>33</sup> Bryde, Andersen, M., 2002, side 160

<sup>34</sup> Munk-Hansen, C., 2021, side 81

<sup>35</sup> Munk-Hansen, C., 2021, side 80

<sup>36</sup> Munk-Hansen, C., 2021, side 80-81

<sup>37</sup> Munk-Hansen, C., 2022, side 398

<sup>38</sup> Munk-Hansen, C., 2021, side 80

### 3. Forsikringsrettens systematik

Forsikringsretten bygger på et princip, hvor man forsøger at undgå eller minimere risici. Her tages en ellers uberegnelig risiko og ændres til en risiko, der kan beregnes statistisk. Dette opnås ved, at de tab, der opstår i forbindelse med risiciene fordeles på mange. Hermed skabes der tryghed for den enkelte, samtidig med at dennes risikoadfærd begrænses. Yderligere bruger man tidligere skadeserfaringer til at undgå fremtidige skader.<sup>39</sup>

Den der står over for en risiko, har som udgangspunkt tre muligheder; eliminere risikoen, leve med risikoen eller overføre risikoen. Det er særligt den sidstnævnte, der er relevant i forhold til forsikringsretten. Dette skyldes, at det i mange tilfælde er muligt at overføre risikoen til et forsikringsselskab ved at indgå en forsikringsaftale. Der vil typisk være en større mængde personer eller virksomheder, der udsættes for den samme risiko. Disse hæfter solidarisk, og dermed deler risikoen mellem sig.<sup>40</sup>

Der kan være mange nuancer i risiciene, og risikoen er derfor forskellig for hver enkelt person eller virksomhed. Der vil derfor blive foretaget en differentiering, der udføres på baggrund af mange udregninger, der tager sigte på erfaring og statistik. Det ville her være forsikringsselskabet, der sørger for at fordele risikoen mellem samtlige forsikringstagere samt administrere ordningen.<sup>41</sup>

#### 3.1. Forsikringsaftalelovens formål og systematik

De vigtigste regler i forhold til forsikringsaftaler findes i forsikringsaftaleloven. Forsikringsaftaleloven har karakter af at være en social beskyttelseslov, og har dermed en vid udstrækning i forhold til at beskytte forsikringstageren. Begrundelsen herfor er, at forsikringsselskabet i kontraktforholdet fremstår som den stærke part. Dette skyldes, at det er selskabet, der udarbejder betingelserne og vilkårene for den pågældende forsikring. Samtidig kan man heller ikke forvente, at forsikringstageren sætter sig fuldstændig ind i de vilkår og betingelser, der bliver udformet af selskabet.<sup>42</sup>

---

<sup>39</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 33

<sup>40</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 33-34

<sup>41</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 34-35

<sup>42</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 39

Mange af forsikringsaftalelovens bestemmelser, beskytter forsikringstageren mod selskabets magt-position i kontraktforholdet. For at sikre dette, er mange af lovens bestemmelser formuleret således, at de er ufravigelige.<sup>43</sup>

Forsikringsaftaleloven er ikke udtømmende. Forsikringsselskaberne har dermed et råderum til at regulere vilkårene inde for lovens rammer. De punkter forsikringsaftaleloven ikke regulerer må suppleres af anden lovgivning samt de almindelige formueretlige regler. Som nævnt ovenfor er forsikringsaftaleloven en social beskyttelseslov. Man skal derfor være opmærksom på dette, når man benytter de almindelige formueretlige regler på forsikringsretlige spørgsmål. Såfremt en formueretlig regel ikke er egnet til at beskytte forsikringstageren, så kan denne ikke benyttes til at løse det forsikringsretlige spørgsmål.<sup>44</sup>

### *3.1.1. Forsikringsaftalelovens anvendelsesområde*

Det fremgår af forsikringsaftalelovens § 1, stk. 1, at der er to betingelser, der skal være opfyldt, for at være omfattet af forsikringsaftaleloven. For det første skal der være tale om en forsikringsaftale og for det andet skal den ene kontraktspart være et forsikringsselskab eller lignende, der driver forsikringsvirksomhed. Der kan her blandt andet være tale om forsikringsaktieselskaber og gensidige forsikringsselskaber.<sup>45</sup>

Det er en forudsætning, at der er tale om en forsikringsaftale. Forsikringsaftaleloven indeholder ikke en egentlig definition på, hvad en forsikringsaftale er. Dog må det kunne antages, at en forsikringsaftales væsentligste indhold er at overtage risikoen for en uvis begivenheds indtræden mod et vederlag, der beregnes statistisk.<sup>46</sup>

Ydermere er det en betingelse, at aftalen er indgået med et selskab, der driver forsikringsvirksomhed. Efter forsikringsaftaleloven forudsætter dette, at virksomheden udøver egentlig forsikringsvirksomhed, hvilket typisk indebærer en systematisk spredning af risiko baseret på statistiske beregninger og sandsynlighedsvurderinger af fremtidige skadestilfælde.<sup>47</sup> Det fremgår desuden af

---

<sup>43</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 39

<sup>44</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 40

<sup>45</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 40-41 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 43-44

<sup>46</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 40-41 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 43-44

<sup>47</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 40-41 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 43-44

forsikringsaftalelovens § 1, stk. 1, at loven omfatter aftaler indgået med “forsikringsaktieselskaber, gensidige selskaber eller andre selskaber og institutioner”, der driver forsikringsvirksomhed. I praksis vil forsikringsaftaleloven derfor navnlig finde anvendelse på virksomheder, der er omfattet af § 9, stk. 1 i lov om forsikringsvirksomhed.<sup>48</sup> På den baggrund kan det antages, at forsikringsaftaleloven som udgangspunkt ikke finder direkte anvendelse, hvis aftalen er indgået med en enkeltmandsvirksomhed.<sup>49</sup>

Forsikringsaftaleloven finder ikke direkte anvendelse på garantiaftaler og kautionsaftaler indgået med banker og andre pengeinstitutter. Det kan dog ikke udelukkes, at loven i visse tilfælde kan finde analog anvendelse på sådanne aftaler.<sup>50</sup> Spørgsmålet om analog anvendelse blev behandlet i U 1996.1507 VLD.

I denne dom fandt retten, at der hverken kunne ske direkte eller analog anvendelse af forsikringsaftalelovens § 21. Sagen angik en bank, der havde udstedt et garantibevis vedrørende et pantebrev tilhørende et ejendomsselskab. Garantibeviset indeholdt en bestemmelse om, at krav skulle anmeldes senest én måned efter den sidste rettidige betalingsdag angivet i pantebrevet, og at garantien bortfaldt ved for sen anmeldelse. Retten fandt, at bankens virksomhed med at stille pantebrevsgarantier ikke kunne anses som forsikringsvirksomhed, hvorfor forsikringsaftaleloven ikke fandt direkte anvendelse. Selvom ligheden med forsikringsgarantier samt hensynet til garantihaveren kunne tale for en analog anvendelse af § 21, fandt retten det betænkeligt at tilsidesætte det udtrykkeligt aftalte vilkår om rettidig anmeldelse.<sup>51</sup>

Tidligere har det været diskuteret, hvorvidt kreditforsikringer er omfattet af forsikringsaftaleloven, idet kreditforsikringer i visse henseender minder om kautionsaftaler. Ved kreditforsikring indgår et forsikringsselskab en aftale om at dække et tab, hvis en skyldner ikke opfylder sine kontraktmæssige forpligtelser over for kreditor. Det er imidlertid fastslået i retspraksis, at kreditforsikring er omfattet af forsikringsaftaleloven. Som nævnt ovenfor er forsikringsaftaleloven ikke direkte anvendelig på garantiaftaler og kautionsaftaler, der er indgået med banker og andre pengeinstitutter. Det er derfor

---

<sup>48</sup> LOV nr. 718 af 13/06/2023

<sup>49</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 40-41 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 43-44

<sup>50</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 41 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 46

<sup>51</sup> U 1996.1507 VLD

afgørende, at kreditforsikringsaftalen er indgået med et egentligt forsikringselskab i forsikringsaftalelovens forstand.<sup>52</sup>

Yderligere er abonnementsaftaler om vedligeholdelse ikke en forsikring efter forsikringsaftaleloven. Begrundelsen for dette er, at abonnementsaftaler ikke overtager risikoen for uberegnelige begivenheder.<sup>53</sup>

Hvorvidt forsikringsaftaleloven finder direkte anvendelse på en aftale, kan derfor give anledning til vanskelige afgrænsningsspørgsmål. I tvivlstilfælde må det bero på en konkret vurdering, om loven kan finde analog anvendelse, hvilket navnlig afhænger af aftalens karakter og lighed med egentlige forsikringsforhold.

### *3.1.2. Tilfælde udenfor forsikringsaftalelovens anvendelsesområde*

Det fremgår af forsikringsaftalelovens § 1, stk. 2, at der er en række undtagelser til lovens anvendelsesområde.

Den første undtagelse omfatter genforsikring, jf. § 1, stk. 2, nr. 1. Ved genforsikring kan et forsikringselskab overføre en del af risikoen til et andet forsikringselskab. Dette anvendes typisk, når selskabet påtager sig en større risiko, end det ønsker at bære. Årsagen til, at genforsikring ikke er omfattet af forsikringsaftaleloven er, at aftalen er indgået mellem to forsikringselskaber. Begge selskaber må antages at have samme viden om den indgåede aftale, og dermed er de beskyttelseshensyn, der er ses i forsikringsaftaleloven ikke relevante i forhold til en genforsikringsaftale. Derudover er der stor forskel på en forsikringsaftale og en genforsikringsaftale, og forsikringsaftalelovens regler dækker ikke begge aftaler.<sup>54</sup> Dog skal det ikke kunne udelukkes, at forsikringsaftaleloven kan finde analog anvendelse på genforsikringsaftaler. Dette vil ikke omfatte lovens beskyttelsespræceptive regler.<sup>55</sup>

Den anden undtagelse omfatter arbejdsskadesikring, jf. § 1, stk. 2, nr. 3. Da arbejdsskadesikring er omfattet af arbejdsskadesikringsloven finder forsikringsaftaleloven ikke anvendelse. Derudover er

---

<sup>52</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 46

<sup>53</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 42 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 46

<sup>54</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 43 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 53

<sup>55</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 43 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 53-54

det ikke muligt at anvende forsikringsaftaleloven analogt på tvister omkring arbejdsskadesikring.<sup>56</sup> Dog er det kun selve arbejdsskadesikringen, der er undtaget. Såfremt en arbejdsgiver tegner en udvidet forsikring for de ansatte, så er denne forsikring ikke undtaget fra forsikringsaftalelovens regler.<sup>57</sup>

I forsikringsaftalelovens § 1, stk. 2, nr. 2 og 4-6 er nævnt en række undtagelser, der samlet kan betegnes som socialforsikringer. Det ses i lovens § 1, stk. 2, nr. 2, at loven ikke gælder for invalideforsikring, nu førtidspension. Dette skyldes, at området er dækket af lov om social pension.<sup>58</sup>

Det følger af lovens § 1, stk. 2, nr. 4, at loven endvidere ikke gælder aftaler indgået med begravelseskasser. Området er dog ikke længere lovreguleret. Det må derfor antages, at såfremt der indgås en forsikringslignende aftale med en begravelseskasse, så må loven finde analog anvendelse. Ydermere bestemmer § 1, stk. 2, nr. 4, at aftaler, der er indgået med statsanerkendte sygekasser, ikke er omfattet af forsikringsaftaleloven. I forbindelse med socialreformen i 1973 blev sygekasserne afviklet. Herefter har Sygeforsikringen Danmark videreført mange af sygekassernes opgaver.<sup>59</sup>

I forsikringsaftalelovens § 1, stk. 2, nr. 5 ses det, at loven ikke finder anvendelse på aftaler omhandlende arbejdsløshedsforsikring. Denne undtagelse vedrører alene de dagpengeregler, der er blevet fastsat ved lov og ikke private tillægforsikringer. Derudover vedrører undtagelsen heller ikke gruppe- og gruppeulykkesforsikringer, der er blevet tegnet for medlemmerne af en A-kasse.<sup>60</sup>

Slutteligt ses det i forsikringsaftalelovens § 1, stk. 2, nr. 6, at aftaler vedrørende firmapensionskasser ikke er omfattet af loven. Firmapensionskasser er en pensionsaftale, der er indgået mellem en arbejdsgiver og de ansatte. Firmapensionskasser er reguleret i firmapensionskasseloven. Firmapensionskasser skal dog ikke forveksles med firmapensionsordninger. Firmapensionsordninger er pensionsordninger, der er tegnet med et pensionsforsikringselskab, og er dermed er omfattet af forsikringsaftaleloven.<sup>61</sup>

---

<sup>56</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 44 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 54

<sup>57</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 54

<sup>58</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 44 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 54

<sup>59</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 45 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 54

<sup>60</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 55

<sup>61</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 45 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 55

## 3.2. Lov om forsikringsvirksomhed

Lov om forsikringsvirksomheds overordnede formål, er at sikre, at forsikringsselskabet kan opfylde sine forpligtelser over for forsikringstagerne. Dette har man forsøgt at sikre på tre forskellige måder. For det første skal man have koncession fra Finanstilsynet til at drive forsikringsvirksomhed. For det andet fører Finanstilsynet tilsyn med forsikringsselskaberne. Dette er blandt andet forsikringsselskabernes økonomi, drift og risikostyring. For det tredje er forsikringsselskabers regnskaber og virksomheden som helhed offentlige.<sup>62</sup> Disse tre måder uddybes i de efterfølgende afsnit.

### 3.2.1. Finanstilsynets koncession

Det fremgår af lov om forsikringsvirksomhed § 14, at et forsikringsselskab skal have koncession. En koncession kan betegnes som en tilladelse. Dette begrundes i, at selskabet skal have skabt sikkerhed for, at det opfylder de strenge krav, der er i forhold til kapital og likviditet. Der ses i lov om forsikringsvirksomhed §§ 49 og 52 en række undtagelser til koncession. Disse omfatter filialer eller tjenesteydelser, der udøves af forsikrings- eller genforsikringsselskaber i andre EU-lande eller lande EU har indgået aftaler med.<sup>63</sup>

Som nævnt ovenfor er det Finanstilsynet, der udsteder koncession til selskaber, der vil drive forsikringsvirksomhed. I lov om forsikringsvirksomhed § 19 er der oplyst en række krav for koncession. Det er Finanstilsynet, der påser om selskabet opfylder lovens krav. Endvidere ses det i lovens § 24, at Erhvervsstyrelsen skal registrere datoen for selskabets tilladelse eller godkendelse af ændringer i den oprindelige tilladelse.<sup>64</sup>

Såfremt et selskab opfylder alle betingelserne til at kunne drive forsikringsvirksomhed, så skal Finanstilsynet tildele koncession. Finanstilsynet kan derfor ikke tilbageholde en koncession med den begrundelse, at der er forsikringsselskaber nok inde for den pågældende område.<sup>65</sup>

---

<sup>62</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 54

<sup>63</sup> Dietz Legind, N., mf., 2024, side 259-260 og Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 54

<sup>64</sup> Dietz Legind, N., mf., 2024, side 259 og Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 54

<sup>65</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 54

### *3.2.2. Finanstilsynets tilsyn med forsikringsselskaber*

Det fremgår af lov om forsikringsvirksomhed § 259, at Finanstilsynet fører tilsyn med forsikringsselskaberne. Finanstilsynet skal primært føre tilsyn med, at lov om forsikringsvirksomhed bliver overholdt, men også andre regler, hvor det påhviler Finanstilsynet, at føre tilsyn med selskaberne. Finanstilsynets tilsynpligt er samtidig også Finanstilsynets hjemmel til at kunne udstede påbud og påtaler, såfremt et selskab ikke har overholdt blandt andet lov om forsikringsvirksomhed.

Efter lov om forsikringsvirksomhed § 259, stk. 1 er der en række forhold, hvor Finanstilsynet ikke skal føre tilsyn. Dette er § 137 og § 112, stk. 1 og 2. Dette skyldes, at § 137 regulerer det ansættelsesretlige område omkring whistleblowere, hvor det kun er lønmodtagere, der vil kunne gøre denne gældende over for en virksomhed. § 112, stk. 1 og 2 omhandler forbud mod spekulation. Efter bestemmelsen påses dette af virksomhedens egen bestyrelse og eksterne revision.<sup>66</sup>

Finanstilsynets tilsyn med selskaberne er et risikobaseret system. Dette indebærer, at Finanstilsynet bruger flest ressourcer på de selskaber, der har den højeste risikoprofil, og dermed har den største betydning for den finansielle stabilitet.<sup>67</sup>

### *3.2.3. Forsikringsselskabers offentlighed*

I lov om forsikringsvirksomhed § 178 fremgår det, at forsikringsselskaber skal aflægge et årsregnskab hvert år. Årsregnskabet skal bestå af en balance, en resultatopgørelse, anden totalindkomst, noter, herunder en redegørelse for den anvendte regnskabspraksis samt en oversigt over bevægelserne, der er blevet foretaget i egenkapitalen. Yderligere fremgår der af lov om forsikringsvirksomhed § 178, stk. 1, nr. 1-4 en række supplerende oplysninger til årsregnskabet. Det fremgår af § 178, stk. 1, nr. 1, at årsregnskabet skal suppleres med årsregnskabet for en af virksomheden ledet koncern. Dette kaldes også et koncernregnskab. I § 178, stk. 1, nr. 2 ses det, at årsregnskabet yderligere skal suppleres med en ledelsesberetning for forsikringsselskabet samt for en af selskabet ledet koncern. Nr. 3 fastsætter at årsregnskabet endvidere også skal suppleres med en ledelsespåtegning. Slutteligt følger det af nr. 4, at årsregnskabet også skal suppleres med en revisionspåtegning.<sup>68</sup> Årsregnskabet samt de

---

<sup>66</sup> Dietz Legind, N., mf., 2024, side 1101-1102

<sup>67</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 55

<sup>68</sup> Dietz Legind, N., mf., 2024, side 880 og Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 55

supplerende oplysninger skal sendes til Finanstilsynet. Finanstilsynet sender herefter dette videre til Erhvervsstyrelsen, der offentliggør årsregnskabet.<sup>69</sup>

### 3.3. Værneting

Samspelet mellem værneting og fastlæggelsen af risikoens placering i forsikringsforhold reguleres navnlig af Rom I-forordningen og Solvens II-direktivet. I henhold til Rom I-forordningens artikel 7, stk. 2, jf. stk. 1, gælder det som udgangspunkt, at en forsikringsaftale er underlagt den lovgivning, der er aftalt mellem parterne. Dette er uanset om den dækkede risiko er beliggende i medlemsstaten. Såfremt parterne ikke har foretaget et lovvalg, skal forsikringsaftalen undergives retten i det land, hvor forsikringstageren har sit sædvanlige opholdssted eller hvor juridiske personer har deres etableringssted. Livsforsikringer kan dog kun tegnes i det land, hvor forsikringstageren er statsborger, jf. Rom I-forordningen artikel 7, stk. 3, litra c.<sup>70</sup>

Solvens II-direktivets artikel 13, nr. 13, opererer derimod med en mere teknisk afgrænsning baseret på, hvor risikoen består. For fast ejendom og indbo anses risikoen for at være beliggende dér, hvor genstanden befinder sig, jf. solvens II-direktivet artikel 13, nr. 13, litra a. Endvidere fremgår det af artikel 13, nr. 13, litra b, at risikoen for transportmidler henføres til registreringslandet. For korttidsforsikringer med en varighed på op til fire måneder anses risikoen for at være beliggende i det land, hvor forsikringen er tegnet, jf. artikel 13, nr. 13, litra c. Såfremt ingen af disse kriterier, finder anvendelse, falder man tilbage på forsikringstagerens sædvanlige opholdssted eller etableringssted i ROM I-forordningen, jf. artikel 13, nr. 13, litra d.<sup>71</sup>

### 3.4. Forsikringsaftalen

Som nævnt ovenfor, så bestemmer forsikringsaftalelovens § 1, stk. 1, at der skal være tale om en forsikringsaftale, der er indgået med en forsikringsvirksomhed. Forsikringsaftaleloven indeholder imidlertid ikke en definition på, hvad der forstås ved en forsikringsaftale.<sup>72</sup> Dette begrundes i ”Udkast til lov om forsikringsaftaler, 1921”:

---

<sup>69</sup> Dietz Legind, N., mf., 2024, side 880 og Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 55

<sup>70</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 58

<sup>71</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 58-59

<sup>72</sup> Sørensen, I, 2015, side 57 og Von Eyben, B., mf., 2017, side 33

*”At give en sådan begrebsbestemmelse i lovsform er meget vanskeligt, begrebet mister derved den elasticitet, som det efter almindelig sprogbrug har, og der kan derved lægges hindringer i vejen for at give det den afgrænsning, som under de til enhver tid herskende forhold er den naturlige. I alt fald vil en definition, som skal være blot nogenlunde udtømmende, ikke kunne gives en så kort og koncis form, som må kræves af en lovregel. Efter kommissionens mening bør det derfor overlades til retsvidenskaben nærmere at udvikle, hvad der skal forstås ved en forsikringsaftale, og til retsanvendelsen i de forholdsvis få tilfælde, hvor der opstår tvivl om, hvorvidt en aftale af en vis beskaffenhed kan anses for en forsikringsaftale, at afgøre, om loven efter dens reale grunde og den naturlige sprogbrug bør bringes til anvendelse eller ej.”<sup>73</sup>*

Det fremgår heraf, at lovgiver bevidst har undladt at fastlægge en definition af begrebet. Dette skyldes et ønske om at bevare begrebets fleksibilitet samt undgå en for snæver afgrænsning, der ikke kan tilpasses ændrede samfundsforhold. Afgrænsningen af forsikringsaftalebegrebet er derfor overladt til retsvidenskaben, mens den konkrete anvendelse i tvivlstilfælde beror på domstolenes praksis.<sup>74</sup>

I den forsikringsretlige teori karakteriseres en forsikringsaftale navnlig ved det økonomiske risikomoment. Det er således almindeligt antaget, at en forsikringsaftale kan defineres som en *”aftale om overtagelse af en økonomisk risiko for en uvis begivenheds indtræden mod et vederlag, der beregnes statistisk på grundlag af fordelingen af denne risiko på en flerhed af forsikringer”*.<sup>75</sup> Det centrale element er således tilstedeværelsen af et økonomisk risikomoment knyttet til en uvis begivenhed.

Forsikringsaftaleloven bestemmer, at aftalen skal være indgået med et selskab, der driver forsikringsvirksomhed. Såfremt denne betingelse ikke er opfyldt, udelukker det ikke, at aftalen opfylder definitionen på en forsikringsaftale. Dog vil det resultere i, at aftalen ikke er omfattet af reglerne i forsikringsaftaleloven, jf. forsikringsaftalelovens § 1, stk. 1.<sup>76</sup> Det er derfor nødvendigt, at forsikringsaftalen er indgået med et selskab, der driver forsikringsvirksomhed, for at aftalen er omfattet af forsikringsaftalelovens regler.

---

<sup>73</sup> Udkast til lov om forsikringsaftaler, København, 1921

<sup>74</sup> Sørensen, I, 2015, side 59 og Von Eyben, B., mf., 2017, side 35

<sup>75</sup> Sørensen, I, 2015, side 57 og Von Eyben, B., mf., 2017, side 33

<sup>76</sup> Sørensen, I, 2015, side 57 og Von Eyben, B., mf., 2017, side 33

### 3.4.1. Forsikringsaftalens placering i aftaleretten

Forsikringsaftaler vedrørende forbrugerforsikringer og almindelige erhvervsforsikringer indgås typisk med en etårig forsikringsperiode, der ved udløbet automatisk fornyes for en tilsvarende periode. En sådan fornyelse kan dog undgås ved opsigelse i overensstemmelse med det aftalte opsigelsesvarsel. Forsikringsaftaler må på denne baggrund karakteriseres som vedvarende kontrakter inden for obligationsretten.<sup>77</sup>

Selvom den enkelte forsikringsperiode isoleret set kan forekomme kort, er betegnelsen vedvarende kontrakt fortsat dækkende, idet aftaleforholdet typisk er præget af forlængelse gennem automatisk fornyelse.<sup>78</sup> Karakteren af vedvarende kontrakt understøttes endvidere af, at begge parter løbende kan have behov for at foretage tilpasninger. For forsikringstageren kan dette eksempelvis angå justering af forsikringssum eller vilkår som følge af ændrede livsforhold, mens forsikringsselskabet tilsvarende kan have behov for at regulere præmie og dækningsomfang.<sup>79</sup>

Forsikringsaftalen er endvidere en gensidigt bebyrdende aftale inden for formueretten. Forsikringstageren betaler en præmie som vederlag for, at forsikringsselskabet overtager risikoen og forpligter sig til at yde forsikringsdækning ved indtræden af den uvisse begivenhed.<sup>80</sup>

Ved aftaleindgåelsen finder aftaleloven anvendelse, i det omfang forholdet ikke er særskilt reguleret i forsikringsaftaleloven, hvilket følger af *lex specialis*-princippet.<sup>81</sup>

De almindelige aftaleretlige regler om tilbud og accept finder således anvendelse. Forsikringsbegæringen må anses som et tilbud om at indgå en forsikringsaftale, mens forsikringsselskabets fremsendelse af police og vilkår som udgangspunkt udgør en accept, forudsat overensstemmelse mellem begæring og vilkår.<sup>82</sup> Indeholder policen derimod afvigelser, må dette efter almindelige aftaleretlige principper anses som et afslag kombineret med et nyt tilbud.<sup>83</sup>

---

<sup>77</sup> Sørensen, I, 2015, side 59 og Von Eyben, B., mf., 2017, side 35

<sup>78</sup> Sørensen, I, 2015, side 60 og Von Eyben, B., mf., 2017, side 36

<sup>79</sup> Sørensen, I, 2015, side 59-60 og Von Eyben, B., mf., 2017, side 35-36

<sup>80</sup> Sørensen, I, 2015, side 60 og Von Eyben, B., mf., 2017, side 36

<sup>81</sup> Sørensen, I, 2015, side 60 og Von Eyben, B., mf., 2017, side 36

<sup>82</sup> Sørensen, I, 2015, side 60 og Von Eyben, B., mf., 2017, side 36

<sup>83</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 81

Efter aftalelovens § 7 er en aftale bindende, når erklæringen er kommet til adressatens kundskab. En forsikringsaftale må derfor som udgangspunkt anses for bindende, når en overensstemmende police er kommet til forsikringstagerens kundskab.<sup>84</sup>

I aftaler præget af et hasardmoment anlægges imidlertid en indskrænkende fortolkning af aftalelovens § 7, hvilket gør sig gældende i forsikringsretten. Det antages således, at et forsikringselskab som udgangspunkt ikke bør kunne støtte ret på bestemmelsen til at tilbagekalde en allerede afgivet accept. Dette begrundes i forsikringsaftalens særlige karakter, da behovet for tilbagekaldelse typisk først aktualiseres, hvis forsikringsbegivenheden indtræder i perioden mellem forsikringsbegæringen og selskabets endelige accept.<sup>85</sup>

### 3.5. Grundlæggende principper i forsikringsretten

Forsikringsretten er bygget på en række grundlæggende principper, som har væsentlig betydning for forståelsen af forsikringsretten. Disse principper vil i det følgende blive gennemgået med henblik på at belyse forsikringsrettens systematik samt de centrale begreber, der anvendes i relation til forsikringsaftaler.

#### 3.5.1. Skadesforsikring og summaforsikring

I forsikringsretten sondres der grundlæggende mellem skadesforsikring og summaforsikring. Den første kategori er skadesforsikring. En skadesforsikring er en forsikringsaftale, hvor det er en betingelse for udbetaling af forsikringsydelsen, at der er indtrådt en dækningsberettiget skade. Skaden skal kunne opgøres økonomisk, og forsikringsydelsen fastsættes med udgangspunkt i det tab, som den sikrede har lidt.<sup>86</sup>

Skadesforsikring omfatter blandt andet tingsforsikring. Ved tingsforsikring forstås forsikring af formuegoder, hvor forsikringsydelsen fastsættes på baggrund af den forsikrede genstands værdi og det indtrufne tab. Tingsforsikring omfatter eksempelvis brandforsikring af fast ejendom, hvor forsikringsydelsen fastsættes på grundlag af de skader, som branden har forvoldt.<sup>87</sup>

---

<sup>84</sup> Sørensen, I, 2015, side 60 og Von Eyben, B., mf., 2017, side 36

<sup>85</sup> Andersen, L.L., 2014, side 71 og Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 79

<sup>86</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 46 og Sørensen, I., 2015, side 26

<sup>87</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 46-47 og Sørensen, I., 2015, side 26

Udover tingsforsikring omfatter skadesforsikring også interesseforsikring. Ved interesseforsikring fastsættes forsikringsydelsen ikke på baggrund af en bestemt genstands værdi, men derimod ud fra det økonomiske tab, som sikrede lider. Et eksempel herpå er ansvarsforsikring, hvor forsikringen dækker det erstatningsansvar, som sikrede kan pådrage sig over for tredjemand, herunder ansvar for personskade.<sup>88</sup>

Den anden kategori er summaforsikring. I modsætning til skadesforsikring fastsættes forsikringsydelsen ikke på baggrund af et økonomisk opgjort tab. Summaforsikring er derimod kendetegnet ved, at der ved indtræden af en forsikringsbegivenhed udbetales en på forhånd aftalt forsikringssum, uafhængigt af det konkrete tab.<sup>89</sup>

Personforsikring som eksempelvis livs-, ulykkes- og sygeforsikringer er typiske eksempler på summaforsikringer. Disse forsikringstyper tegnes i praksis oftest som summaforsikringer, idet der ved indtræden af forsikringsbegivenheden udbetales en på forhånd fastsat sum. Særligt for ulykkes- og sygeforsikringer gælder dog, at de i visse tilfælde også kan indeholde elementer af skadesforsikring, eksempelvis hvor der ydes dækning for konkrete behandlingsudgifter.<sup>90</sup>

Teoretisk set vil tingsforsikringer ligeledes kunne tegnes som summaforsikringer. Dette ses dog ikke i praksis. Dette skyldes, at dækningen af tingsforsikring fastsættes ud fra det lidte tab.<sup>91</sup>

### *3.5.2. Forsikringstager og den sikrede*

I forsikringsretten sondres der mellem to centrale begreber: forsikringstageren og den sikrede. Definitionen af disse begreber fremgår af henholdsvis § 2, stk. 2, og § 2, stk. 3, i forsikringsaftaleloven. Efter § 2, stk. 2, er forsikringstageren forsikringsselskabets medkontrahent, dvs. den person, der indgår forsikringsaftalen med selskabet.<sup>92</sup>

---

<sup>88</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 47

<sup>89</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 47 og Sørensen, I., 2015, side 26

<sup>90</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 47

<sup>91</sup> Sørensen, I., 2015, side 26

<sup>92</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 48, Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 56 og Sørensen, I., 2015, side 25

Efter § 2, stk. 3, er den sikrede den person, der har ret til forsikringsydelsen ved indtræden af den forsikrede begivenhed.<sup>93</sup>

Sondringen mellem forsikringstageren og den sikrede indebærer, at der ikke nødvendigvis er identitet mellem den, der indgår forsikringsaftalen, og den, der har krav på forsikringsydelsen. I praksis vil der dog ofte være sammenfald mellem de to, men dette er ikke en forudsætning.<sup>94</sup>

### *3.5.3. Forsikringsydelse og forsikringssum*

Der sondres mellem begreberne forsikringsydelse og forsikringssum. Ved forsikringsydelse forstås den ydelse, som forsikringsselskabet skal præstere ved indtræden af en forsikringsbegivenhed. Forsikringsydelsen udgør således selskabets modydelse over for den sikrede.<sup>95</sup>

Forsikringssummen er det beløb, der udgør den maksimale dækning, som forsikringsselskabet kan være forpligtet til at udbetale. Dette beløb fremgår typisk af forsikringspolice.<sup>96</sup>

Ved summaforsikring vil forsikringssummen og forsikringsydelsen som udgangspunkt være sammenfaldende, idet der på forhånd er aftalt en bestemt sum, som udbetales ved indtræden af forsikringsbegivenheden.<sup>97</sup>

Ved skadesforsikring forholder det sig anderledes, idet forsikringsydelsen fastsættes på baggrund af det faktisk lidte tab. Forsikringssummen udgør i denne sammenhæng alene en øvre grænse for dækningen og vil derfor sjældent svare til den faktiske udbetaling. Dette hænger sammen med berigelsesforbuddet i forsikringsretten, hvorefter den sikrede ikke må opnå en økonomisk berigelse ved forsikringsbegivenhedens indtræden, jf. forsikringsaftalelovens § 39, stk. 1.<sup>98</sup>

---

<sup>93</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 48, Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 59 og Sørensen, I., 2015, side 25

<sup>94</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 48, Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 59

<sup>95</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 49-50, Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 61 og Sørensen, I., 2015, side 27

<sup>96</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 50 og Sørensen, I., 2015, side 27

<sup>97</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 50

<sup>98</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 50 og Sørensen, I., 2015, side 27

#### 3.5.4. Deklaratoriske og præceptive regler

Forsikringsaftaleloven indeholder både deklaratoriske og præceptive regler. Det følger af forsikringsaftalelovens § 3, at lovens bestemmelser som udgangspunkt er deklaratoriske, medmindre andet fremgår udtrykkeligt af den enkelte bestemmelse. Dette indebærer, at parterne som udgangspunkt kan fravige lovens regler ved aftale.<sup>99</sup>

Hvor det derimod fremgår af loven, at en bestemmelse er præceptiv, kan den ikke fraviges ved aftale. Dette er blandt andet tilfældet i forsikringsaftalelovens § 21, stk. 4, hvorefter det ikke kan aftales, at strengere følger end foreskrevet skal indtræde, hvis den sikrede eller andre undlader at give selskabet den pågældende meddelelse.<sup>100</sup>

Det er ikke muligt at fravige præceptive regler til skade for den sikrede, men det er heller ikke nødvendigt at fastsætte, at fravigelse til fordel for forsikringstageren altid er gyldig, idet præceptiviteten netop angår en ufravigelig minimumsbeskyttelse.<sup>101</sup>

I praksis finder de deklaratoriske regler anvendelse, medmindre andet er aftalt. Det må bero på en konkret fortolkning af aftalen, om en fravigelse er tilstrækkeligt klart aftalt mellem parterne.<sup>102</sup>

## 4. Risikooplysninger ved forsikringsaftalens afslutning

En forsikringsaftale indgås som udgangspunkt ved, at forsikringstageren udfylder en forsikringsbegæring. Begæringen indeholder en række spørgsmål, der er væsentlige for forsikrings-selskabets risikovurdering og stillingtagen til, om risikoen kan overtages. For at en forsikringsbegæring kan anses for fyldestgørende, forudsættes det, at samtlige spørgsmål er besvaret. Herved sikres, at forsikrings-selskabet har et tilstrækkeligt grundlag for at vurdere risikoen og fastsætte de vilkår, hvorpå forsikringen eventuelt kan tegnes.<sup>103</sup>

Karakteren af de spørgsmål, som en forsikringsbegæring indeholder, afhænger af den forsikringstype, der ønskes tegnet. I nogle tilfælde begrænser spørgsmålene sig til få og relativt enkle forhold. Dette

---

<sup>99</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 50 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 63

<sup>100</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 50 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 63

<sup>101</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 50 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 63

<sup>102</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 63

<sup>103</sup> Sørensen, I., 2015, side 86, Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 155-156 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 73

ses eksempelvis ved tegning af almindelige familieforsikringer, som typisk omfatter indbo- og ansvarsforsikring. I disse tilfælde vedrører spørgsmålene ofte, om forsikringstageren tidligere har været forsikret i et andet selskab, om der er anmeldt skader inden for de seneste år, samt om en tidligere forsikring er blevet opsagt af selskabet.<sup>104</sup>

Oplysninger af denne karakter har til formål at give forsikringsselskabet et grundlag for at vurdere risikoen, herunder identificere eventuelle forhøjede risikoforhold, og dermed fastsætte præmien og en eventuel selvrisiko. I den forbindelse kan selskabet også anmode om oplysninger om, hvorvidt forsikringstageren er registreret i RKI, idet dette ligeledes kan indgå i den samlede risikovurdering. Sådanne oplysninger kan i visse tilfælde føre til, at forsikringsselskabet afslår at tegne forsikringen.<sup>105</sup>

Ved tegning af ulykkesforsikring er spørgsmålene i forsikringsbegæringen typisk mere omfattende og detaljerede. Forsikringstageren vil i den forbindelse ofte blive anmodet om at afgive oplysninger om helbred og arbejdsdygtighed, herunder sygdomshistorik, eventuelle bestående sygdomme, legemlige mangler eller invaliditet. Herudover vil forsikringsselskabet som regel også spørge, om forsikringstageren tidligere har været udsat for ulykker eller har lidt personskade.<sup>106</sup> Disse oplysninger er centrale for vurderingen af personrisikoen og for fastsættelsen af præmie og dækningsvilkår.

Ved tegning af livsforsikring er spørgsmålene i forsikringsbegæringen typisk endnu mere indgående. Forsikringsselskabet vil i den forbindelse ofte indhente oplysninger om forsikringstagerens helbred, herunder også psykiske forhold. Dette kan blandt andet omfatte oplysninger om tidligere selvmordsforsøg eller andre forhold af betydning for risikovurderingen.<sup>107</sup> Sådanne oplysninger indgår i forsikringsselskabets samlede risikovurdering og kan have betydning for, om forsikringen kan tegnes, samt på hvilke vilkår.

Det er således forsikringsselskabets indhentning af forsikringstagerens risikooplysninger, der danner grundlag for en korrekt risikovurdering og for fastsættelsen af de vilkår, hvorpå selskabet er villigt til at indgå en forsikringsaftale. Endvidere kan de afgivne risikooplysninger føre til, at selskabet afslår at tegne forsikringen.

---

<sup>104</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 156

<sup>105</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 156

<sup>106</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 156

<sup>107</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 156

#### 4.1. Tidsrammen for afgivelse af risikooplysninger

Det fremgår af forsikringsaftalelovens kapitel om urigtige oplysninger ved aftalens afslutning, at der anvendes to forskellige begreber. I kapitlets overskrift benyttes betegnelsen ”aftalens afslutning”, mens der i de enkelte bestemmelser anvendes betegnelsen ”forsikringens tegning”. Dette kan umiddelbart give anledning til fortolkningstvivil. Ud fra en almindelig sproglig forståelse må det imidlertid lægges til grund, at begge udtryk sigter til det tidspunkt, hvor der indgås en bindende forsikringsaftale.<sup>108</sup>

En ordlydsfortolkning af betegnelsen ”aftalens afslutning” tilsiger, at forsikringstageren skal afgive korrekte og fyldestgørende oplysninger frem til det tidspunkt, hvor forsikringsselskabet har accepteret tilbuddet. Dette vil typisk ske ved, at selskabet fremsender en forsikringspolice, som kommer til forsikringstagerens kundskab, jf. aftalelovens § 7.<sup>109</sup>

I forsikringsaftalelovens § 5, stk. 1, knyttes vurderingen imidlertid til tegningstidspunktet, idet forsikringstageren skal være i god tro på dette tidspunkt. Tegningstidspunktet må i denne sammenhæng forstås som det tidspunkt, hvor forsikringstageren afgiver sine oplysninger til brug for selskabets risikovurdering, typisk ved udfyldelse og afsendelse af forsikringsbegæringen. Dette indebærer dog ikke, at forsikringstagerens oplysningspligt ophører på dette tidspunkt.<sup>110</sup>

Tværtimod følger det af forsikringsaftalelovens § 7, at forsikringstageren efter afgivelsen af forsikringsbegæringen og frem til aftalens indgåelse har pligt til af egen drift at supplere sine oplysninger, hvis denne bliver bekendt med forhold, som er af betydning for forsikringsselskabets risikovurdering, og som falder inden for rammerne af de stillede spørgsmål.<sup>111</sup>

Der kan således sondres mellem forsikringstagerens svarpligt og oplysningspligt. Disse pligter uddybes i det følgende.

---

<sup>108</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 158 og Sørensen, I., 2015, side 94-95

<sup>109</sup> Sørensen, I., 2015, side 94-95 og Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 158-159

<sup>110</sup> Sørensen, I., 2015, side 95 og Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 159

<sup>111</sup> Sørensen, I., 2015, side 95 og Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 159

## 5. Forsikringstagerens svar- og oplysningspligt

Selvom sondringen mellem forsikringstagerens svarpligt og oplysningspligt kan være vanskelig, er den central i forsikringsretten.

Såfremt en forsikringsaftale indgås på baggrund af en forsikringsbegæring, påhviler der forsikringstageren en svarpligt, jf. forsikringsaftalelovens §§ 4 og 6. Denne pligt indebærer, at forsikringstageren skal besvare de spørgsmål, som forsikringsselskabet stiller, korrekt og fuldstændigt. Svarpligten er således spørgebaseret og knytter sig til de oplysninger, som selskabet konkret efterspørger til brug for sin risikovurdering.<sup>112</sup>

Oplysningspligten, der er reguleret i forsikringsaftalelovens § 7, har derimod en selvstændig karakter og indebærer, at forsikringstageren i visse tilfælde skal afgive oplysninger af egen drift. Dette gælder navnlig, hvor forsikringstageren ved eller burde vide, at et forhold er af betydning for forsikringsselskabets risikovurdering.<sup>113</sup>

Når en forsikringsaftale indgås på baggrund af en forsikringsbegæring, er udgangspunktet, at oplysningspligten i § 7 får en mere begrænset betydning, idet forsikringstageren som udgangspunkt må kunne antage, at det er tilstrækkeligt at besvare de stillede spørgsmål. Dette udelukker dog ikke, at der i visse situationer fortsat består en pligt til at supplere oplysninger af egen drift.<sup>114</sup>

Det følger af forsikringsaftalelovens § 7, at forsikringstageren fra afgivelsen af forsikringsbegæringen og frem til aftalens indgåelse skal supplere sine oplysninger, hvis denne bliver bekendt med forhold af betydning for selskabets risikovurdering. Oplysningspligten indebærer dermed både en indholdsmæssig og tidsmæssig udvidelse af svarpligten.<sup>115</sup>

Indholdsmæssigt omfatter oplysningspligten tilfælde, hvor forsikringstageren af egen drift bør indse, at et forhold er væsentligt for risikovurderingen, selv om det ikke er direkte omfattet af de stillede spørgsmål. Tidsmæssigt indebærer pligten, at forsikringstagerens forpligtelse til at afgive relevante

---

<sup>112</sup> Sørensen, I., 2015, side 90 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 129

<sup>113</sup> Sørensen, I., 2015, side 90 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 129

<sup>114</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 129

<sup>115</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 135-136

oplysninger ikke ophører ved afsendelsen af forsikringsbegæringen, men fortsætter frem til aftalens indgåelse.<sup>116</sup>

Tilsidesættelse af disse pligter vurderes efter reglerne i forsikringsaftalelovens §§ 4–7 og afhænger af graden af skyld, herunder om der foreligger simpel eller grov uagtsomhed eller svig.<sup>117</sup>

I det følgende gennemgås udvalgte afgørelser, der illustrerer forsikringsaftalelovens § 7's anvendelsesområde.

### 5.1. Tegning af forsikring på baggrund af konkrete forhold

Forsikringsaftalelovens § 7 finder blandt andet anvendelse i situationer, hvor forsikringstageren tegner eller udvider en forsikring i nær tidsmæssig tilknytning til, at denne er blevet opmærksom på et forhold, som er dækningsrelevant. I sådanne tilfælde kan det indikere, at forsikringen tegnes på baggrund af det konkrete forhold.<sup>118</sup>

Dette ses blandt andet i AKF 86.961 (2015). I sagen havde forsikringstageren siden 2009 haft sit sommerhus forsikret. I juli 2014 udvidede hun forsikringen med en udvidet rådskadedækning. Kort tid efter anmeldte hun et skadetilfælde vedrørende ægte hussvamp. Det fremgik imidlertid, at hun allerede inden udvidelsen havde indgået aftale om undersøgelse af ejendommen for svampeangreb.<sup>119</sup>

Ankenævnet lagde vægt på, at hun på tidspunktet for udvidelsen måtte have haft en konkret mistanke om skader, som var relevante for den nytegnede dækning. Ved at undlade at oplyse herom tilsidesatte hun sin oplysningspligt på en måde, der måtte anses for groft uagtsom. Forsikringsselskabet var derfor berettiget til at ophæve den udvidede dækning med tilbagevirkende kraft, jf. forsikringsaftalelovens § 7, jf. § 6.<sup>120</sup>

Afgørelsen illustrerer, at oplysningspligten skærpes, hvor forsikringstageren har konkret viden eller mistanke om forhold, der er direkte relevante for den ønskede dækning.

---

<sup>116</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 135-136

<sup>117</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 129

<sup>118</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 130

<sup>119</sup> AKF 86.961 (2015)

<sup>120</sup> AKF 86.961 (2015)

## 5.2. Tilfælde uden nær sammenhæng

Forsikringsaftalelovens § 7 finder også anvendelse i situationer, hvor der ikke foreligger en tæt tidsmæssig sammenhæng mellem tegningen af forsikringen og det relevante forhold. I disse tilfælde må der foretages en samlet vurdering af, om forsikringstageren burde have indset oplysningens betydning.<sup>121</sup> Dette illustreres i FED 2016.114 Ø.

Sagen vedrørte en erhvervsforsikring tegnet for et pizzeria. I forbindelse med tegningen blev der ikke oplyst om tidligere indbrud, selv om der havde været flere hændelser forud for aftaleindgåelsen. Forsikringstageren gjorde gældende, at spørgsmålet om skader måtte forstås i sammenhæng med tidligere forsikringer. Landsretten fandt imidlertid, at undladelsen af at oplyse om den tidligere skadehistorik måtte anses for groft uagtsom. Det blev tillagt vægt, at oplysninger om gentagne indbrud er væsentlige for risikovurderingen, uanset hvordan spørgsmålet var placeret i erklæringen.<sup>122</sup>

Afgørelsen viser, at forsikringstageren ikke kan undgå oplysningspligten ved en snæver eller formalistisk fortolkning af spørgsmålene, når det må stå klart, at oplysningerne er relevante for selskabet.

## 5.3. Bilforsikringer

Forsikringsaftalelovens § 7 anvendes hyppigt i relation til bilforsikringer, særligt i tilfælde hvor der gives urigtige eller ufuldstændige oplysninger om bilens ejer- eller brugerforhold.

Et typisk eksempel er situationer, hvor forældre tegner en bilforsikring i eget navn, med henblik på at opnå en lavere præmie, selv om det reelt er barnet, der er den faste bruger af bilen. I praksis er det fast antaget, at oplysninger om køretøjets faste bruger er centrale for risikovurderingen.<sup>123</sup>

Dette fremgår blandt andet af FED 2015.120 V, hvor retten udtalte:

*” En oplysning om, hvem der er bruger af et forsikret køretøj er en oplysning, som en forsikringstager af egen drift skal oplyse om. Undladelse heraf må anses for groft uagtsomt, jf. forsikringsaftalelovens § 7. ”<sup>124</sup>*

Udtalelsen viser, at der i visse situationer gælder en skærpet oplysningspligt, hvor det må anses for almindeligt kendt, at en oplysning er afgørende for præmiefastsættelsen.

---

<sup>121</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 133

<sup>122</sup> FED 2016.114 Ø

<sup>123</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 134

<sup>124</sup> FED 2015.120 V

Tilsvarende vil undladelse af at oplyse om væsentlige ændringer ved bilen, såsom ombygninger, efter omstændighederne kunne anses for groft uagtsom og dermed udgøre en tilsidesættelse af oplysningspligten.<sup>125</sup>

## 6. Skyldgrader i forsikringsretten

Når forsikringstageren har afgivet urigtige eller mangelfulde oplysninger til et forsikringsselskab, skal forholdet vurderes ud fra forskellige skyldgrader. Disse omfatter svig, god tro, samt uagtsomhed. Afhængigt af hvilken skyldgrad der foreligger, vil retsvirkningerne variere. I det følgende gennemgås de enkelte skyldgrader samt de tilhørende retsvirkninger. Vurderingen af skyldgraden er central, idet den er afgørende for forsikringsselskabets adgang til at gøre misligholdelsesbeføjelser gældende.

### 6.1. Svig

Efter forsikringsaftalelovens § 4, 1. pkt., er en forsikringsaftale ikke bindende for forsikringsselskabet, hvis forsikringstageren ved tegningen svigagtigt har afgivet urigtige oplysninger eller undladt at oplyse om forhold, som må antages at have betydning for selskabets risikovurdering.<sup>126</sup> Det følger endvidere af bestemmelsens 2. pkt., at det samme gælder, hvis forsikringstagerens adfærd i øvrigt har været af en sådan karakter, at det ville stride mod almindelig hæderlighed. Bestemmelsen afspejler således de grundlæggende principper om svig og uhæderlig, som også kommer til udtryk i aftalelovens §§ 30 og 33.<sup>127</sup>

Der kan konstateres væsentlige forskelle mellem definitionen af svig i henholdsvis forsikringsretten og aftaleretten. I forsikringsretten er fokus rettet mod forsikringstagerens afgivelse af risikooplysninger og den betydning, disse har for forsikringsselskabets risikovurdering.<sup>128</sup> Svig forudsætter her, at forsikringstageren bevidst afgiver urigtige eller vildledende oplysninger med henblik på at påvirke selskabets beslutning for at opnå dækning eller mere fordelagtige vilkår. Det afgørende er således, om der foreligger forsæt til at vildlede selskabet, og i mangel heraf vil forholdet i stedet blive vurderet efter reglerne om uagtsomhed i forsikringsaftalelovens § 6.<sup>129</sup>

---

<sup>125</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 135

<sup>126</sup> Sørensen, I., 2015, side 263, Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 74 og Kristoffersen, S., 2019, side 37

<sup>127</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 169, Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 74 og Kristoffersen, S., 2019, side 37

<sup>128</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 169

<sup>129</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 169

I aftaleretten er begrebet svig derimod knyttet til selve aftaleindgåelsen og den ene parts påvirkning af den andens vilje til at indgå en viljeserklæring.<sup>130</sup> Her foreligger svig, når en aftalepart forsætligt afgiver urigtige oplysninger eller fortier væsentlige forhold med henblik på at fremkalde en viljeserklæring hos modparten. Fokus er således ikke på en løbende risikovurdering, men på, om aftalen er blevet til på et svigagtigt grundlag.<sup>131</sup>

Samlet set kan forskellen beskrives således, at forsikringsretten anlægger en mere risikobaseret og funktionel tilgang, hvor svig vurderes i lyset af forsikringsselskabets beslutningsgrundlag. Aftaleretten har derimod i højere grad fokus på beskyttelsen af den enkelte aftaleparts beslutning om at indgå aftalen.<sup>132</sup>

Forsikringsaftalelovens § 4 finder anvendelse i de tilfælde, hvor forsikringstageren ved forsikringens tegning har handlet svigagtigt. Tegningstidspunktet må i denne sammenhæng forstås som det tidspunkt, hvor forsikringstageren afgiver sine oplysninger til brug for selskabets risikovurdering. Dette sker typisk i forbindelse med udfyldelse og afsendelse af forsikringsbegæringen. Bestemmelsen finder tilsvarende anvendelse ved omtegning eller ændring af en forsikringsaftale, hvor der på ny afgives risikooplysninger.<sup>133</sup>

Det påhviler forsikringsselskabet at bevise, at der foreligger svig. Selskabet skal således godtgøre, at forsikringstageren bevidst har afgivet urigtige eller vildledende oplysninger med henblik på at opnå tegning af forsikringen eller mere fordelagtige vilkår.<sup>134</sup>

Det fremgår af ordlyden i forsikringsaftalelovens § 4, at den urigtige oplysning eller fortielse skal være af betydning for forsikringsselskabet. Det må kunne antages, at der i begrebet ”betydning” ligger et krav om væsentlighed for forsikringsselskabet.<sup>135</sup> Det vil derfor alene være svig af væsentlig betydning for forsikringsselskabet, der tillægges retlig relevans. Væsentlighedskravet indebærer, at de urigtige eller fortiede oplysninger skal have haft betydning for selskabets beslutning om at indgå

---

<sup>130</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 169

<sup>131</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 169-170

<sup>132</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 170

<sup>133</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 74

<sup>134</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 75

<sup>135</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 75-76 og 82, Sørensen, I., 2015, side 265-266 og Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 171

forsikringsaftalen eller for fastsættelsen af vilkårene. Herudover kan kravet også være opfyldt, hvis oplysningerne har haft indflydelse på selskabets dispositioner i øvrigt, eksempelvis i relation til genforsikring.<sup>136</sup>

Det er ikke helt tydeligt, hvorvidt et forsikringsselskab skal være fri for ansvar, hvis den udviste svig omhandler et enkelt mindre betydningsfuldt punkt. Såfremt det udelukkende påhvilede den almindelige aftaleret, så ville dette medføre, at forsikringsselskabet går fri for ansvar. Derudover må det i en forsikringsretlig betydning kunne antages, at det ikke nødvendigvis medfører samme resultat.<sup>137</sup> I forsikringsretten ville det være, strengt at et forsikringsselskab vil blive fri for ansvar, såfremt dette ville have indgået forsikringen på andre vilkår. Det må her være tilstrækkeligt, at selskabet bliver stillet på samme måde, som hvis der var afgivet korrekte oplysninger.<sup>138</sup>

Det kan være vanskeligt for forsikringsselskabet at løfte bevisbyrden for svig. Dette har i praksis medført, at selskaberne ofte i stedet påberåber sig forsikringsaftalelovens § 6, hvor det er tilstrækkeligt at godtgøre, at forsikringstageren har handlet uagtsomt. Her er beviskravet lavere end ved svig, hvor der skal foreligge forsæt.<sup>139</sup>

Forsikringsaftalelovens § 4, 2. pkt., finder anvendelse, hvis der ikke kan statueres svig, men forsikringsaftalen strider i mod almindelig hæderlighed. Herefter kan forsikringsaftalen blive tilsidesat. Denne bestemmelse svarer til aftalelovens § 33. Forsikringsaftalelovens § 4, 2. pkt. har dog ikke haft en praktisk betydning for forsikringsretten.<sup>140</sup>

### *6.1.1. Retsvirkningerne af svig*

Såfremt der statueres svig, følger det af forsikringsaftalelovens § 4, at forsikringsselskabet ikke er bundet af aftalen. Dette indebærer, at aftalen som udgangspunkt er ugyldig, og at parternes ydelser skal tilbageføres. Forsikringstageren vil derfor som udgangspunkt kunne kræve den betalte

---

<sup>136</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 76 og 82, Sørensen, I., 2015, side 265-266 og Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 171

<sup>137</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 171

<sup>138</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 171

<sup>139</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 76

<sup>140</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 83

forsikringspræmie tilbagebetalt, idet der er erlagt betaling for en dækning, som ikke er kommet til anvendelse.<sup>141</sup>

Forsikringsselskabet vil i den forbindelse kunne foretage modregning i tilbagebetalingskravet, såfremt der foreligger et modkrav. Dette kan eksempelvis omfatte dokumenterede udgifter, der har direkte tilknytning til aftaleforholdet. Det er imidlertid ikke klart fastlagt i praksis, hvilke typer omkostninger der kan modregnes, eller hvilken dokumentation der kræves.<sup>142</sup> Administrationsomkostninger vil i praksis ofte være vanskelige at dokumentere, og det vil typisk alene være konkrete og eksterne udgifter, såsom porto eller udgifter til indhentelse af oplysninger, der kan danne grundlag for modregning.<sup>143</sup> Derimod vil interne omkostninger, herunder lønudgifter til medarbejdere, som udgangspunkt ikke kunne kræves dækket. Eksterne udgifter, såsom indhentelse af lægelige oplysninger eller tekniske undersøgelser, vil derimod efter omstændighederne kunne indgå i et modkrav, forudsat at de har været nødvendige og relevante.<sup>144</sup>

I praksis opstår der ofte spørgsmål om tilbagebetaling af erstatningsbeløb, der allerede er udbetalt, inden forsikringsselskabet bliver bekendt med det svigagtige forhold. Ankenævnet for Forsikring har i den forbindelse fastslået, at hovedreglen er, at sådanne beløb kan kræves tilbagebetalt, når selskabet ikke er bundet af aftalen.<sup>145</sup>

En undtagelse hertil foreligger, hvis den sikrede har været i god tro om sin ret til erstatningen. Det afgørende er således, om den sikrede på udbetalingstidspunktet, havde en berettiget forventning om dækning. Hvor forsikringstageren og den sikrede er samme person, vil vurderingen bero på forsikringstagerens subjektive forhold ved afgivelsen af de urigtige oplysninger. Foreligger der forsæt, vil der som udgangspunkt være tale om svig, hvilket indebærer, at allerede udbetalte erstatninger kan kræves tilbagebetalt.<sup>146</sup>

---

<sup>141</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 173 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 84

<sup>142</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 84

<sup>143</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 84

<sup>144</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 84

<sup>145</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 84-85

<sup>146</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 85

## 6.2. God tro

Der kan forekomme tilfælde, hvor forsikringstageren hverken vidste eller burde vide, at de afgivne oplysninger var urigtige. I sådanne situationer anses forsikringstageren for at være i god tro, hvilket indebærer, at forsikringsselskabet er fuldt ud bundet af den indgåede forsikringsaftale. Dette følger af forsikringsaftalelovens § 5, stk. 1.<sup>147</sup>

Når der skal bevises god tro, sker det på følgende måde: Først skal forsikringsselskabet bevise, at der objektivt er afgivet urigtige risikoplysninger. Såfremt forsikringsselskabet har løftet denne bevisbyrde, så er det forsikringstageren, der skal bevise, at denne har været i god tro.<sup>148</sup> Da det af ordlyden i forsikringsaftalelovens § 5, stk. 1 fremgår, at det ”må antages”, så er det ikke en tung bevisbyrde for forsikringstageren. Forsikringstageren skal have været i god tro på tegningstidspunktet. Som nævnt ovenfor er dette tidspunktet, hvor denne afgiver risikoplysninger. Dette tidspunkt vil typisk være ved afsendelse af en udfyldt forsikringsbegæring.<sup>149</sup>

Selvom der objektivt set er afgivet urigtige oplysninger, kan der fortsat foreligge god tro. Dette vil eksempelvis være tilfældet, hvis forsikringstageren på tegningstidspunktet lider af en sygdom, uden at være bekendt hermed og uden at burde være det. Dette kan blandt andet skyldes, at forsikringstageren endnu ikke er blevet informeret herom af sin læge.<sup>150</sup> En tilsvarende problemstilling forelå i FED 1997.27 Ø.

I sagen havde forsikringstageren ikke oplyst, at han som barn havde haft mellemørebetændelse i forbindelse med udfyldelsen af en helbredserklæring ved tegning af en livs- og certificattabsforsikring. Landsretten fandt imidlertid ikke grundlag for at fastslå, at forsikringstageren havde kendskab til dette forhold, og han blev derfor anset for at have været i god tro ved forsikringens tegning, jf. forsikringsaftalelovens § 5, stk. 1. I forbindelse med dommen udtalte Landsretten følgende:<sup>151</sup>

*”Der findes ikke grundlag for at tilsidesætte A's forklaring om, at han ikke havde kendskab til, at han som lille barn havde haft mellemørebetændelse eller var opereret for polypper. A har oplyst om mandeloperationen i 1979, og de*

---

<sup>147</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 92 og Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 188

<sup>148</sup> Sørensen, I., 2015, side 285 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 92

<sup>149</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 92

<sup>150</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 92

<sup>151</sup> FED 1997.27 Ø

*asymetriske ganebuer kan ikke betragtes som en sygelig tilstand, der skulle oplyses om. A har herefter været i god tro med hensyn til erklæringen af maj 1986.*<sup>152</sup>

Dommen illustrerer, at vurderingen af god tro beror på forsikringstagerens subjektive forhold. Selv om der objektivt foreligger urigtige oplysninger, er det afgørende, om forsikringstageren havde eller burde have haft kendskab til de relevante forhold. I den konkrete sag blev god tro statueret, idet forsikringstageren hverken havde eller burde have kendskab til de uoplyste helbredsforhold.

I forlængelse heraf vil forsikringstageren som udgangspunkt kunne anses for at være i god tro, selv om der forelå symptomer på en sygdom, hvis denne hverken vidste eller burde vide, hvilken sygdom symptomerne var udtryk for. Det afgørende er således ikke, om der forelå symptomer på tegnings-tidspunktet, men om forsikringstageren havde tilstrækkeligt kendskab til deres betydning.<sup>153</sup>

Ved vurderingen af god tro kan det have betydning, hvordan forsikringsselskabet har formuleret sine spørgsmål. Er spørgsmålene præcise og konkrete, er udgangspunktet, at forsikringstageren skal afgive korrekte og fyldestgørende svar. Dette gælder, selv om forsikringstageren måtte anse oplysningen for uden væsentlig betydning, idet det ikke tilkommer forsikringstageren selv at vurdere, hvilke oplysninger der er relevante for risikovurderingen.<sup>154</sup>

Hvis spørgsmålene derimod er formuleret bredt og upræcist, vil besvarelsen i højere grad bero på forsikringstagerens egen vurdering af relevansen. I sådanne tilfælde anlægges der typisk en mere lempelig vurdering af forsikringstagerens gode tro, hvilket indebærer, at grænsen for, hvornår der foreligger uagtsomhed, forskydes til forsikringstagerens fordel. Samspillet mellem spørgsmålenes udformning og vurderingen af god tro understreger således selskabets ansvar for at sikre en tilstrækkeligt klar og præcis formulering.<sup>155</sup>

Grænsen mellem tilfælde, hvor et uklart spørgsmål er besvaret urigtigt, men i god tro, og tilfælde, hvor spørgsmålene er så bredt og upræcist formuleret, at de afgivne oplysninger ikke kan anses for urigtige, kan være vanskelig at fastlægge.<sup>156</sup> Det må her bero på en konkret vurdering af

---

<sup>152</sup> FED 1997.27 Ø

<sup>153</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 93

<sup>154</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 93 og Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 191

<sup>155</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 93-95 og Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 191

<sup>156</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 96

spørgsmålenes udformning og forsikringstagerens forståelse heraf. Et spørgsmål, der efterlader rum for forsikringstagerens fortolkning, er ikke ensbetydende med, at forsikringstageren er i god tro. Vurderingen må bero på en samlet bedømmelse af spørgsmålenes ordlyd og de konkrete omstændigheder, hvorunder de urigtige eller fortiede oplysninger er afgivet. Det må endvidere antages, at jo mere væsentlige og indgribende de pågældende oplysninger er, desto større er kravet til, at forsikringstageren burde indse deres betydning for selskabets risikovurdering.<sup>157</sup>

Når et forsikringselskab skal tegne en ny kunde, vil det ofte have interesse i at indhente oplysninger om kundens betalings- og skadehistorik hos tidligere forsikringselskaber. Der vil derfor typisk blive spurgt til eventuelle restancer samt antallet af skader, som forsikringstageren og dennes husstand har haft inden for en nærmere angivet periode. Når selskabet spørger ind til husstandens tidligere skader, så skal forsikringstageren som udgangspunkt oplyse selskabet herom.<sup>158</sup> I AKF 91.273 (2019) ses dog et særligt tilfælde.

Afgørelsen omhandler en forsikringstager, der boede til leje hos sin søster og dennes ægtefælle. I forbindelse med tegning af en bilforsikring blev forsikringstageren spurgt om antallet af skader i husstanden. Forsikringstageren besvarede spørgsmålet med udgangspunkt i egne skader. Ankenævnet for forsikring udtalte i forbindelse med sagen:<sup>159</sup>

*” Nævnet har herved navnlig lagt vægt på, at klageren ved indtegningen loyalt har oplyst om sine egne to autoskader i perioden, og at klagerens dispositioner ved indtegningen må bedømmes i lyset af klagerens alder og særlige relation til sin søskende og dennes ægtefælle samt det oplyste om klagerens bopælsforhold”<sup>160</sup>*

Efter en konkret vurdering fandt Ankenævnet, at forsikringstagerens undladelse af at oplyse om søsteren og dennes ægtefælles skader ikke kunne tilregnes denne som uagtsom.<sup>161</sup>

Samlet set viser afgørelsen, at forsikringstagerens oplysningspligt i relation til husstandens skadehistorik afhænger af en konkret fortolkning af spørgsmålets indhold. Selvom der som udgangspunkt består en pligt til at oplyse om skader i husstanden, kan uklare eller upræcise formuleringer medføre, at forsikringstagerens manglende oplysninger ikke anses for uagtsomme. Afgørelsen illustrerer

---

<sup>157</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 96

<sup>158</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 98-99

<sup>159</sup> AKF 91.273 (2019)

<sup>160</sup> AKF 91.273 (2019)

<sup>161</sup> AKF 91.273 (2019)

dermed, at vurderingen af oplysningspligtens omfang og eventuel uagtsomhed i høj grad beror på spørgsmålenes klarhed samt forsikringstagerens rimelige forståelse heraf.

Såfremt forsikringstageren undlader at oplyse om ikke-belastende skader, vil dette som udgangspunkt ikke kunne anses for uagtsomt. Dette kan eksempelvis omfatte skader, hvor der ikke er sket erstatningsudbetaling som følge af en høj selvrisiko, eller hvor skaden er blevet erstattet af en ansvarlig modpart. Dette skyldes, at disse typer af skader typisk ikke har nogen relevans for forsikringsselskabets risikovurdering.<sup>162</sup>

I Ankenævnet er det fast praksis, at en forsikringstager ikke kan undskylde urigtige oplysninger med sproglige vanskeligheder eller manglende forståelse af forsikringsselskabets spørgsmål.<sup>163</sup>

Samlet set beror vurderingen af god tro efter forsikringsaftalelovens § 5, stk. 1 på en konkret og subjektiv vurdering af forsikringstagerens kendskab til de afgivne oplysninger på tegningstidspunktet. Selv om der objektivt foreligger urigtige oplysninger, kan forsikringstageren anses for at være i god tro, hvis denne hverken vidste eller burde vide, at oplysningerne var urigtige. Vurderingen påvirkes endvidere af spørgsmålenes udformning, idet præcise og konkrete spørgsmål skærper forsikringstagerens oplysningspligt, mens brede og upræcise formuleringer kan medføre en lempeligere bedømmelse. Grænsen til uagtsomhed må derfor fastlægges på baggrund af en samlet vurdering af oplysningernes karakter, deres betydning for risikovurderingen samt forsikringstagerens rimelige forståelse af spørgsmålene.

### *6.2.1. Retsvirkningerne af god tro*

Selvom en urigtig oplysning er afgivet i god tro, kan der fortsat indtræde retsvirkninger. Det følger af forsikringsaftalelovens § 5, stk. 2, at forsikringsselskabet i sådanne tilfælde kan opsige en skadesforsikring med en uges varsel.<sup>164</sup>

Bestemmelsen omfatter alene skadesforsikringer og ikke summaforsikringer. Dette begrundes i, at forsikringstageren ved skadesforsikringer som udgangspunkt har bedre mulighed for at tegne en ny forsikring, eventuelt med en moderat præmieforhøjelse. Ved summaforsikringer kan situationen

---

<sup>162</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 99

<sup>163</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 189 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 99

<sup>164</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 194

derimod være en anden, idet forsikringstagerens alder, helbred eller øvrige personlige forhold kan vanskeliggøre nytægning eller medføre væsentligt forringede vilkår.<sup>165</sup>

Opsigelsesfristen løber fra det tidspunkt, hvor opsigelsen er kommet frem til forsikringstageren, jf. forsikringsaftalelovens § 33, stk. 1. Modtagelsesdagen medregnes ikke ved fristberegningen, som sker i hele dage. Modtages opsigelsen eksempelvis den 5. april, løber fristen således til udgangen af den 12. april. En uge svarer dermed til syv dage.<sup>166</sup>

Forsikringsselskabet kan ikke fravige reglerne i forsikringsaftalelovens § 5 til skade for forsikringstageren, jf. § 10, stk. 1. I praksis ses det dog ofte, at skadesforsikringer indeholder særlige opsigelsesbestemmelser i forbindelse med skadesanmeldelse, typisk med et varsel på 14 dage. En sådan opsigelse behøver ikke at være begrundet, men hvis forsikringstageren anmoder herom, skal selskabet give en begrundelse, jf. forsikringsaftalelovens § 3 b, stk. 2.<sup>167</sup>

### 6.3. Uagtsomhed

I forsikringsaftalelovens § 6 er der fastsat en regel for de tilfælde, hvor forsikringstageren har afgivet urigtige eller mangelfulde oplysninger uden at have handlet svigagtigt, men heller ikke kan anses for at være i god tro. Bestemmelsen finder således anvendelse, hvor forsikringstageren har handlet uagtsomt. Dette er tilfældet, når forsikringstageren vidste eller burde have indset, at de afgivne oplysninger var urigtige eller mangelfulde.<sup>168</sup>

Ved vurderingen af uagtsomhed skal det først fastlægges, om der objektivt er afgivet urigtige eller mangelfulde oplysninger.<sup>169</sup> Som anført i afsnit 6.2. kan det være vanskeligt at afgrænse tilfælde, hvor forsikringstageren har handlet i god tro, fra tilfælde, hvor der foreligger uagtsomhed, navnlig hvor forsikringsselskabets spørgsmål er bredt eller upræcist formuleret.<sup>170</sup> Det påhviler i denne forbindelse selskabet at godtgøre, at der objektivt er afgivet urigtige oplysninger.

---

<sup>165</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 194 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 103

<sup>166</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 194

<sup>167</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 194-195

<sup>168</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 173 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 104

<sup>169</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 105

<sup>170</sup> Afsnit 6.2.

Hvis oplysningerne er afgivet skriftligt som led i besvarelsen af forsikringsselskabets spørgsmål, vil det som udgangspunkt ikke være vanskeligt for selskabet at løfte denne bevisbyrde. Dette gælder eksempelvis ved udfyldelse af en forsikringsbegæring. Situationen er derimod mere usikker, når forsikringsaftalen indgås mundtligt, eksempelvis ved en telefonsamtale. I sådanne tilfælde kan det være vanskeligere for forsikringsselskabet at bevise, hvilke oplysninger der er afgivet, og hvilke spørgsmål der er stillet. Fremsendelse af en police er i sig selv ikke tilstrækkeligt til at løfte bevisbyrden. Det vil derimod kunne tillægges betydning, hvis samtalen er optaget, eller hvis forsikringstageren efterfølgende har bekræftet oplysningerne skriftligt.<sup>171</sup>

Forsikringstagerens svarpligt indebærer, at denne skal besvare de stillede spørgsmål korrekt og fyldestgørende. En tilsidesættelse af svarpligten foreligger ikke alene, hvis oplysningerne er direkte urigtige, men også hvis de fremstår fuldstændige, men i realiteten er ufuldstændige. Dette kan eksempelvis være tilfældet, hvis forsikringstageren oplyser om ét helbredsforhold, men undlader at oplyse om andre relevante forhold.<sup>172</sup> Omvendt påhviler det forsikringsselskabet at indhente supplerende oplysninger, hvis besvarelsen fremstår uklar eller ufuldstændig. Såfremt selskabet undlader at indhente supplerende oplysninger, må selskabet som udgangspunkt anses for at have afskåret sig fra senere at gøre en tilsidesættelse af forsikringstagerens svarpligt gældende efter forsikringsaftalelovens § 6.<sup>173</sup> Undladelsen af dette er derfor til skade for forsikringsselskabet.

Hvis forsikringstageren undlader at besvare et spørgsmål, foreligger der som udgangspunkt ikke afgivelse af urigtige oplysninger i forsikringsaftalelovens § 6's forstand. Udsteder forsikringsselskabet en police på trods af den manglende besvarelse, må selskabet som udgangspunkt anses for at have accepteret denne. En sådan undladelse kan dog efter omstændighederne indebære en tilsidesættelse af oplysningspligten efter forsikringsaftalelovens § 7. Dette er tilfældet hvis forsikringstageren var eller burde være klar over, at den manglende oplysning var af væsentlig betydning for selskabets risikovurdering. Der skal imidlertid foreligge konkrete omstændigheder, før dette er tilfældet.<sup>174</sup> I afgørelse AKF 90.745 (2017) havde forsikringstageren ikke tilsidesat sin oplysningspligt, jf. forsikringsaftalelovens § 7.

---

<sup>171</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 105-106

<sup>172</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 107

<sup>173</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 107

<sup>174</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 107-108

I afgørelsen undlod forsikringstageren at besvare et spørgsmål om hundens helbred ved tegning af en hundeforsikring. Forsikringstageren havde kendskab til, at hunden tidligere havde fået konstateret tandproblemer ved et nyligt dyrlægebesøg. Ankenævnet fastslog, at en manglende oplysning ikke kan sidestilles med urigtige oplysninger. Da forsikringsselskabet udstedte policen uden at reagere på den ufuldstændige begæring, måtte det anses for at have accepteret dette grundlag. Ankenævnet udtalte i denne forbindelse:<sup>175</sup>

*”Nævnet finder, at selskabet ved at acceptere forsikringen har givet afkald på at få oplysninger om det pågældende forhold, jf. herved blandt andet U.1998.1604 V. Det er nævnets opfattelse, at selskabet ved at acceptere forsikringen til trods for den manglende oplysning, har givet klageren anledning til at tro, at oplysningerne ikke var af særlig betydning for selskabet.”<sup>176</sup>*

Forsikringsselskabet kunne derfor ikke påberåbe sig forsikringsaftalelovens § 7 til at afvise dækningen.

Afgørelsen viser, at en manglende besvarelse af et spørgsmål ikke uden videre kan sidestilles med afgivelse af urigtige oplysninger efter forsikringsaftalelovens § 6. Hvis forsikringsselskabet vælger at udstede en police på trods af den manglende oplysning, må selskabet som udgangspunkt anses for at have accepteret forholdet. Undladelsen kan efter omstændighederne føre til ansvar efter § 7, hvis forsikringstageren var eller burde være klar over oplysningens væsentlige betydning. Afgørelsen illustrerer således sondringen mellem svarpligten og den efterfølgende oplysningspligt samt betydningen af forsikringsselskabets egen passivitet i vurderingen af retsvirkningerne.

Det påhviler forsikringsselskabet at godtgøre, at den urigtige oplysning har haft betydning for selskabets beslutning om at acceptere forsikringen. Selskabet skal således kunne sandsynliggøre, at det ikke ville have indgået forsikringsaftalen, hvis de korrekte oplysninger havde været kendt. Det er i denne forbindelse ikke et krav, at forsikringstageren vidste eller burde vide, at oplysningen var relevant for selskabet, hvilket adskiller sig fra oplysningspligten efter forsikringsaftalelovens § 7.<sup>177</sup>

Forsikringsselskabets bevisbyrde er imidlertid ikke streng. Dette følger af ordlyden i forsikringsaftalelovens § 6, hvor det er tilstrækkeligt, at det må antages, at oplysningen har haft betydning. Det klare udgangspunkt er derfor, at det kræver særlige omstændigheder at tilsidesætte selskabets oplysning

---

<sup>175</sup> AKF 90.745 (2017)

<sup>176</sup> AKF 90.745 (2017)

<sup>177</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 110

om, at det ikke ville have antaget forsikringen, hvis de korrekte oplysninger havde været afgivet på tegningstidspunktet.<sup>178</sup>

Afhængigt af forsikringstypen kan relevansen af de urigtige oplysninger dokumenteres på forskellige måder. Ved livsforsikringer vedrører vurderingen typisk, om forsikringen ville være blevet accepteret på baggrund af korrekte helbredsoplysninger. I sådanne tilfælde kan forsikringsselskabet ofte løfte bevisbyrden ved at indhente en sagkyndig udtalelse, eksempelvis fra Videncenter for Helbred og Forsikring.<sup>179</sup>

Ved skadesforsikringer angår vurderingen derimod ofte forsikringstagerens tidligere skadeshistorik. Her vil forsikringsselskabet typisk støtte sig på interne acceptregler, hvoraf det kan fremgå, at en forsikring ikke må tegnes, hvis der inden for en periode er anmeldt et vist antal skader. Foreligger der ikke sådanne interne retningslinjer, må vurderingen foretages på baggrund af de konkrete omstændigheder, herunder relevant branchekutymer.<sup>180</sup>

Forsikringsselskabet kan yderligere løfte bevisbyrden ved at indhente en udtalelse fra responsumudvalget i Forsikring og Pension. Responsumudvalget vil herefter kunne udtale sig om branchekutymerne på det givne område. Hvis der er indhentet udtalelser fra responsumudvalget i Forsikring og Pension eller Videncenter fra Helbred og Forsikring, så bliver disse som det klare udgangspunkt lagt til grund ved Ankenævnet og domstolene.<sup>181</sup>

Der må skulle en del til før, at forsikringsselskabets oplysninger om dettes risikobedømmelser tilsidesættes. Det er dog set i praksis, at tilsidesættelse kan ske.<sup>182</sup> Det er blandt andet tilfældet i AKF 90.116 (2017).

Sagen omhandler en forsikringstager, der ved tegning af en ulykkesforsikring, ikke oplyste om langvarige og behandlingskrævende ryggener. Forsikringstageren kommer efterfølgende til skade med sin venstre skulder. Forsikringsselskabet afviste at dække skaden, og gjorde gældende at forsikringen skulle ophæves med tilbagevirkende kraft på baggrund af urigtige helbredsoplysninger. Ankenævnet fandt, at forsikringstageren havde afgivet urigtige oplysninger ved ikke at

---

<sup>178</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 179 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 110

<sup>179</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 110

<sup>180</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 110

<sup>181</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 179 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 111

<sup>182</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 179

oplyse om ryggerne, og at dette kunne tillægges denne som mindst uagtsomt. Dog fandt Ankenævnet det ikke bevist, at forsikringsselskabet helt vil have undladt at tegne forsikringen, hvis der var afgivet korrekte oplysninger. Nævnet udtalte i denne forbindelse:<sup>183</sup>

*”Nævnet har herved blandt andet lagt vægt på, at selskabet ikke har fremlagt objektive retningslinjer for, hvornår selskabet helt afviser at tegne ulykkesforsikringer. Det bemærkes, at det efter nævnets opfattelse være almindelig praksis i branchen, i en situation som den foreliggende, alene at indsætte en klausul omfattende den del af ryggen, der har givet klageren gener.”<sup>184</sup>*

Ankenævnet fandt på baggrund af dette, at forsikringsselskabet ikke kunne ophæve forsikringen, men alene kunne indsætte en klausul vedrørende ryggen. Nævnet fandt derimod ikke grundlag for, at der var afgivet urigtige oplysninger omkring skulderen, og der vil derfor ikke kunne indsættes en klausul herom. Nævnet henviste derfor skaden til fornyet behandling, hvor skulderen skulle vurderes som dækningsberettiget.<sup>185</sup>

Afgørelsen illustrerer en undtagelse til det generelle udgangspunkt om, at forsikringsselskabets risikovurdering sjældent tilsidesættes. Ankenævnet fandt i den konkrete sag, at forsikringsselskabet ikke havde løftet bevisbyrden, for at dette ville have afvist at tegne forsikringen. Dette skete på baggrund af at selskabet ikke kunne fremlægge objektive retningslinjer for afvisningen. Nævnet lagde derfor vægt på almindelig branchepraksis, hvor det antages at være almindeligt, at der blot indsættes en klausul omkring ryggerne.

Der må således sondres mellem forsikringsselskabets risikobedømmelse og dets mulighed for at dokumentere denne i bevismæssig henseende. Det er imidlertid vanskeligt for domstolene og Ankenævnet, at tilsidesætte forsikringsselskabets risikobedømmelse og dermed forpligte forsikringsselskabet til at anvende en anden vurdering. Dette skyldes, at det tilkommer selskabet at fastlægge sin egen risikovillighed, og dermed afgøre, under hvilke betingelser det er villigt til at tegne forsikringen.<sup>186</sup>

Ved tegning af forbrugerforsikringer er det almindeligt, at forsikringsselskabet spørger om, der er medlemmer af husstanden, der er registreret i RKI. Såfremt der gives urigtige oplysninger omkring

---

<sup>183</sup> AKF 90.116 (2017)

<sup>184</sup> AKF 90.116 (2017)

<sup>185</sup> AKF 90.116 (2017)

<sup>186</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 112

forholdet, så vil være en overtrædelse af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1. Hvis selskabet endvidere kan fremlægge interne acceptregler, der beviser, at dette ikke ville have tegnet forsikringen, så er forsikringsselskabet frit for ansvar.<sup>187</sup>

Gennemgangen viser, at forsikringsaftalelovens § 6 finder anvendelse ved uagtsomt afgivne urigtige eller mangelfulde oplysninger. Bestemmelsen omfatter således de tilfælde, hvor forsikringstageren hverken har handlet svigagtigt eller været i god tro. Der skal først fastslås, at der objektivt er afgivet urigtige oplysninger, hvorefter, der skal foretages en konkret vurdering af forsikringstagerens forhold. Bevisbyrden påhviler forsikringsselskabet, men beviskravet er lempeligt, idet det er tilstrækkeligt at det må antages, at de urigtige oplysninger har haft betydning for selskabets risikovurdering.

### *6.3.1. Retsvirkningerne af uagtsomhed*

Efter forsikringsaftalelovens § 6 indtræder der forskellige retsvirkninger afhængigt af, om forsikringsselskabet vil have undladt at tegne forsikringen, eller om det ville have tegnet forsikringen på andre vilkår. Disse retsvirkninger gennemgås i nærværende afsnit.

#### *6.3.1.1. Ansvarsfritagelse*

Hvis et forhold er omfattet af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, så er retsvirkningen, at forsikringsselskabet går fri for ansvar. Dette gælder selvom der ikke er årsagssammenhæng mellem den urigtige oplysning og den efterfølgende skade som selskabet afviser at dække.<sup>188</sup>

Ordlyden i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1 giver ikke forsikringsselskabet mulighed for at ophæve forsikringsaftalen. Aftaleretligt og i praksis forholder det sig anderledes. Her er det fastslået, at en forsikringsaftale kan ophæves. Dette skyldes, at forsikringen er uden dækning, såfremt forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1 finder anvendelse.<sup>189</sup>

Såfremt forsikringsaftalen ophæves og forsikringsselskabets ansvar bortfalder, så kan forsikringstageren kræve, at selskabet tilbagebetaler præmien. Dette skyldes, at forsikringsaftalen er annulleret, og dermed har forsikringstageren betalt præmie for en risiko, der ikke dækkes. Forsikringsselskabet

---

<sup>187</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 114

<sup>188</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 114

<sup>189</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 114-115

kan dog modregne de omkostninger, der har været i forbindelse med administrationen af forsikringen og de udgifter der følger af forsikringstagerens uagtsomme afgivelse af urigtige oplysninger.<sup>190</sup> Disse omkostninger er gennemgået ovenfor i afsnit 6.1.1.<sup>191</sup>

Såfremt forsikringsselskabet ophæver forsikringsaftalen, så sker dette med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet. Det er således for hele denne periode præmien skal tilbagebetales.<sup>192</sup>

Forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1 er deklatorisk. Forsikringsselskabet har derfor mulighed for at fravige bestemmelsen til skade for forsikringstageren, jf. forsikringsaftalelovens § 10, stk. 1, modsætningsvis. Forsikringsselskabet kan dog også fravige bestemmelsen til skade for sig selv.<sup>193</sup>

Hvis der ved tegning af forsikring er afgivet urigtige oplysninger efter forsikringsaftalelovens § 6, så opstår spørgsmålet om, hvorvidt forsikringsselskabet kan kræve tidligere udbetalte erstatninger tilbagebetalt.<sup>194</sup> Denne problemstilling er gennemgået i afsnit 6.1.1.<sup>195</sup>

### *6.3.1.2. Pro ratareglen*

Forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2 finder anvendelse i de tilfælde, hvor forsikringsselskabet vil have tegnet forsikringen på andre vilkår på trods af forsikringstagerens urigtige oplysninger. Bestemmelsen fastsætter den såkaldte pro rataregel, som indebærer, at selskabet alene hæfter forholdsmæssigt svarende til den risiko, det ville have dækket, hvis de korrekte oplysninger havde været kendt.<sup>196</sup>

Det er forsikringsselskabet, der har bevisbyrden for, at det ville have tegnet forsikringen på andre vilkår end de aftalte. Selskabet kan løfte den bevisbyrde ved eksempelvis at fremlægges dets interne acceptregler eller en udtalelse fra Forsikring og Pension eller Videncenter for Helbred og Forsikring.<sup>197</sup>

---

<sup>190</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 115

<sup>191</sup> 6.1.1.

<sup>192</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 115

<sup>193</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 115

<sup>194</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 115

<sup>195</sup> 6.1.1

<sup>196</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 180 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 116

<sup>197</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 116

Bestemmelsen finder anvendelse uanset om der er årsagssammenhæng mellem forholdet, hvor der er afgivet urigtige oplysninger og den indtrådte forsikringsbegivenhed. Dette kan eksempelvis være tilfældet, hvor forsikringstageren ved tegning af en ulykkesforsikring uagtsomt undlader at oplyse om en tidligere knæskade. Såfremt forsikringselskabet var blevet korrekt oplyst, så ville det have tegnet forsikringen, men til en højere præmie. Efterfølgende kommer forsikringstageren til skade med sin arm.<sup>198</sup>

I denne situation foreligger der ikke årssammenhæng mellem knæskaden og armskaden. Uanset dette, så finder pro ratareglen i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2 anvendelse. Erstatningen vil herefter blive nedsat forholdsmæssigt på baggrund af den betalte præmie i forhold til den præmie, der skulle have været betalt, hvis der var afgivet korrekte oplysninger.

Erstatningen beregnes typisk ud fra følgende metode:

$$\text{Forsikringssummen} \times \frac{\text{Den betalte præmie}}{\text{Den rigtige præmie}}$$

Beregningen af erstatningen er ikke vanskelig, hvis der er sket en totalskade af den forsikrede genstand, eller at invaliditetsgraden er ansat til 100%. I sådanne tilfælde har den sikrede krav til en erstatning svarende til den forsikringssum, der kunne være opnået for den faktisk betalte præmie.<sup>199</sup>

Et eksempel herpå kunne være, hvor forsikringssummen er 1.000.000 kr., den betalte præmie er 1.000 kr. og den rigtige præmie er 1.250 kr. Her bliver erstatningen beregnet således:

$$1.000.000 \text{ kr.} \times \frac{1000 \text{ kr.}}{1250 \text{ kr.}} = 800.000 \text{ kr.}$$

Ved en totalskade indebærer dette således, at erstatningen forholdsmæssigt nedsættes til 800.000 kr.

---

<sup>198</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 116

<sup>199</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 116

Ved partielle skader skal der sondres mellem personforsikringer og tingsforsikringer.<sup>200</sup> Ved ulykkesforsikringer kunne det være en forsikringssum på 800.000 kr., betalt præmie på 600 kr., rigtig præmie på 1.200 kr. og en invaliditetsgrad på 10%. Her ville beregningen blive udregnet således:

$$800.000 \text{ kr.} \times \frac{600 \text{ kr.}}{1200 \text{ kr.}} = 400.000 \text{ kr.} \text{ og } 400.000 \text{ kr.} \times \frac{10\%}{100\%} = 40.000 \text{ kr.}$$

Ved en partiel skade under en ulykkesforsikring vil forsikringssummen dermed blive forholdsmæssigt nedsat til 400.000 kr. og herefter blive nedsat til 40.000 kr. ved en invaliditetsgrad på 10%.

Det er mere tvivlsomt, hvad der er gældende ved partiel tingsskade. Dette kunne blandt andet være en skade under en indboforsikring.<sup>201</sup> Her ville et eksempel kunne indebære en forsikringssum på 600.000 kr., en betalt præmie på 300 kr., en rigtig præmie på 600 kr., skadesudgifter til 100.000 kr. og en forsikringsværdi på 600.000 kr.

Dog er det ikke klart, hvad der menes med, at forsikringsselskabet kun ”hæfter” i det omfang, forsikringsselskabet ville have forpligtet sig mod en rigtig præmie. Det kan derfor diskuteres, hvordan erstatningen skal udmåles. Spørgsmålet er, hvorvidt det er forsikringssummen eller forsikringsydelsen der forholdsmæssigt bliver nedsat ved forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2.<sup>202</sup> Dette er ikke et problem i forhold til eksemplet overfor omhandlende totalskader. Dette skyldes, at forsikringssummen og forsikringsydelsen her er sammenfaldende. Problemet opstår derved i forbindelse med partielle tingskader, hvor forsikringsydelsen er mindre end forsikringssummen. Det må derfor skulle fastlægges, hvilket af de to beløb, der skal nedsættes efter forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2.<sup>203</sup>

Såfremt det er forsikringsydelsen, der skal nedsættes, så vil det resultere i, at det ovenfor nævnte eksempel ville skulle beregnes således:

$$100.000 \text{ kr.} \times \frac{300 \text{ kr.}}{600 \text{ kr.}} = 50.000 \text{ kr.}$$

---

<sup>200</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 117

<sup>201</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 117

<sup>202</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 118

<sup>203</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 118

Erstatningen ville derfor blive 50.000 kr. såfremt det er forsikringsydelsen, der nedsættes. Dette skyldes, at der kun er blevet betalt 50% af den rigtige præmie.

Er det derimod forsikringssummen, der skal nedsættes, så vil forsikringstageren i ovennævnte eksempel kun kunne have tegnet en forsikring med en sum på 300.000 kr., såfremt forsikringspræmien beregnes ud fra en fast procentdel af forsikringssummen. Da forsikringssummen således nedsættes til 300.000 kr., mens forsikringsværdien fortsat er på 600.000 kr., så vil der foreligge underforsikring, jf. forsikringsaftalelovens § 40.<sup>204</sup> Beregningen vil være således:

$$600.000 \text{ kr.} \times \frac{300 \text{ kr.}}{600 \text{ kr.}} = 300.000 \text{ kr.}$$

I tilfældet, hvor der foreligger underforsikring efter forsikringsaftalelovens § 40, så vil erstatningen ligeledes blive nedskrevet med 50% ud fra forholdet mellem forsikringsværdien og forsikringssummen.<sup>205</sup>

Erstatningen ville derfor i dette tilfælde også udgøre 50.000 kr. Erstatningen vil altså udgøre det samme uanset om det er forsikringssummen eller forsikringsydelsen, der nedsættes, såfremt forsikringspræmien er beregnet ud fra en fast procentdel af forsikringssummen.

Dette er dog ikke tilfældet, hvis forsikringstageren har betalt en forsikringspræmie, der er højere end forsikringsværdien. Hvis forsikringsværdien i ovenfor nævnte eksempel er 300.000 kr., men forsikringssummen er 600.000 kr., så foreligger der overforsikring. Hvis dette resulterer i, at forsikringssummen herefter nedskrives til 300.000 kr. på grund af urigtige oplysninger, så vil forsikringstageren faktisk have betalt en forsikringspræmie svarende til den nedsatte forsikringssum. Der vil derfor ikke være tale om underforsikring, og forsikringstageren har derfor ret til erstatningen på 100.000 kr. for skadesudgifterne.<sup>206</sup>

Det kan derfor konstateres, at hvis den nedsatte forsikringssum resulterer i underforsikring, så vil dette få betydning for den konkrete erstatning af en skade.

---

<sup>204</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 118

<sup>205</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 118

<sup>206</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 118

Ud fra bemærkningerne til det oprindelige lovudkast er det antaget, at det er forsikringssummen, der skal nedsættes efter forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2. Dog ses der flere eksempler i ankenævnspraksis, hvor det er forsikringsydelsen, der nedsættes og hvor Ankenævnet godkender nedsættelsen.<sup>207</sup> Dette ses blandt andet i AKF 90.496 (2017).

Sagen vedrører en erstatningsopgørelse for indbogenstande efter et indbrud. Forsikringstageren havde i forbindelse med tegningen af forsikringen afgivet urigtige oplysninger omkring tidligere skadehistorik. I forsikringsbegæringen havde forsikringstageren anført 0 tidligere skader, men det korrekte antal var to. Da forsikringsselskabet ville have tegnet forsikringen til en højere præmie, nedsatte de forsikringsydelsen efter pro ratareglen i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2. Forsikringsselskabet har dermed udregnet erstatningen således:<sup>208</sup>

*”Nuværende præmie indbetaling, beregnet på ukorrekte oplyste risikoplysninger 1.746,- kr. delt med 2.044,- kr. der udgør den korrekte pris, hvis OK Forsikring havde fået korrekte risikoplysninger ved indtegning af forsikringen x erstatningsbeløbets størrelse 42.923,-kr. = 36.665,- kr. minus 1.000,- kr. i selvrisiko. Erstatningen udgør herefter 35.665,- kr., hvilket svarer til en lige så stor del af erstatningen, som forholdet mellem indbetalt præmie og den korrekte præmie, såfremt OK Forsikring havde kendt til de rigtige risikoplysninger [...]”<sup>209</sup>*

Det ses i forsikringsselskabets udregning, at det er forsikringsydelsen der nedsatte ud fra den betalte præmie og den rigtige præmie. Ankenævnet giver her forsikringsselskabet medhold i nedsættelsen. Ankenævnet udtaler i den forbindelse:

*”Selskabet har oplyst, at forsikringen ville være tegnet med en højere præmie, såfremt oplysningerne om skadesforløbet var givet. Selskabet har nedsat erstatningen forholdsmæssigt, som følge heraf. Det følger af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2, at såfremt selskabet ville have overtaget forsikringen, men på andre vilkår, hæfter det i det omfang, i hvilket det mod den aftalte præmie ville have forpligtet sig.”<sup>210</sup>*

Afgørelsen illustrerer således, at Ankenævnet accepterer en forholdsmæssig nedsættelse af den konkrete forsikringsydelse, selv om det i forarbejderne er forudsat, at det er forsikringssummen, der skal nedsættes.

At forholdsmæssige nedsættelser af forsikringsydelsen er accepteret i praksis, kan skyldes, at det er lettere at beregne den korrekte erstatning. Når det er forsikringssummen, der nedsættes, så skal der

---

<sup>207</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 118-119

<sup>208</sup> AKF 90.496 (2017)

<sup>209</sup> AKF 90.496 (2017)

<sup>210</sup> AKF 90.496 (2017)

først foretages en beregning af underforsikringsprocenten, jf. forsikringsaftalelovens § 40. Det er derfor først efter denne beregning er foretaget, at man kan beregne nedsætningen af den konkrete erstatning.<sup>211</sup>

Dog må det kunne antages, at lovgivers intention er, at det er forsikringssummen, der skal nedsættes efter forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2. Dette udgangspunkt fraviges dog, hvis der er tale om tilfælde, hvor underforsikring ikke er relevant. Dette kan være situationer hvor der ikke er fastsat en forsikringssum eller kan fastsættes en bestemt forsikringsværdi.<sup>212</sup> Dette kan for eksempel være tilfældet ved ansvarsforsikringer, hvor den maksimale forsikringssum er høj, men erstatningskravet sjældent når den maksimale sum. Hvis det i sådanne tilfælde ville være forsikringssummen, der skal nedsættes efter forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2, så vil det ikke have nogen reel virkning.<sup>213</sup> Det må antages, at dette ikke har været lovgivers intention med pro ratareglen i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2.

Samlet set viser gennemgangen, at forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2 indebærer en tilpasning af forsikringsselskabets ansvar i overensstemmelse med den præmie og risiko, der ville have været gældende såfremt der var afgivet korrekte oplysninger. Bestemmelsen finder anvendelse uafhængigt af årsagssammenhæng, men forudsætter, at forsikringsselskabet kan godtgøre, at forsikringen ville være tegnet på ændrede vilkår.

Ved partielle tingsskader er det uklart, om det er forsikringssummen eller forsikringsydelsen, der skal nedsættes. Selvom forarbejderne peger på forsikringssummen, viser praksis, at Ankenævnet accepterer en nedsættelse af forsikringsydelsen. Pro ratareglen må derfor forstås som en fleksibel bestemmelse, der i praksis anvendes med henblik på at sikre en rimelig og proportional erstatningsudmåling.

### *6.3.1.3. Lempelsesreglen*

I forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3, ses den såkaldte lempelsesregel. Bestemmelsen blev indført i forsikringsaftaleloven i 2003, hvor der blev indført en række ændringer, der skulle give forsikringstageren en bedre retsstilling. Formålet med forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3, var at undgå urimelige resultater for forsikringstageren, når lovens § 6 anvendes stringent.<sup>214</sup>

---

<sup>211</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 120

<sup>212</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 120

<sup>213</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 120

<sup>214</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 185 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 121

Forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3 giver mulighed for, at man i særlige enkeltstående tilfælde ser helt eller delvist bort fra, at der ved forsikringens tegning er givet uagtsomme urigtige oplysninger. Dette er selvom betingelserne for bortfald eller nedsættelse efter forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1 og 2 er opfyldt. Forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3 giver dermed mulighed for at lempe retsvirkningerne, der følger af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1 og 2. Bestemmelsen giver dog ikke mulighed for at lempe på reglen omkring svig i forsikringsaftalelovens § 4.<sup>215</sup>

Lempelsesreglen finder anvendelse på forbrugerforsikringer samt livs- ulykkes- og sygeforsikringer, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3. Det ses i forsikringsaftalelovens § 10, stk. 1, at bestemmelsen er præceptiv.<sup>216</sup> Forsikringsselskabet kan derfor ikke fravige bestemmelsen til skade for forsikringstageren.

Det ses i betænkning 1423/2002, at der er tre forhold, der skal tillægges vægt ved vurderingen af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3.<sup>217</sup>

Det første forhold er hvorvidt der er årssammenhæng mellem de urigtige oplysninger og forsikringsbegivenheden. De urigtige oplysninger skal derfor have haft indflydelse på forsikringsbegivenhedens indtræden eller skadens størrelse. Det ses i betænkningen, at det forhold, at der ikke er årssammenhæng ikke er nok i sig selv til, at forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3 finder anvendelse. Såfremt der er årssammenhæng, så ville dette udelukke, at lempelsesreglen finder anvendelse.<sup>218</sup>

Det kan være vanskeligt at fastslå årsagssammenhæng. Det er derfor angivet i betænkningen, at det er nok, at forsikringstageren kan sandsynliggøre, at der ikke er årsagssammenhæng.<sup>219</sup>

Det andet forhold, der nævnes i betænkningen er, graden af uagtsomhed som forsikringstageren har udvist ved afgivelse af de urigtige oplysninger. Lempelsesreglen vil derfor som udgangspunkt udelukkende finde anvendelse i de tilfælde, hvor den udviste uagtsomhed er så ringe, at den er

---

<sup>215</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 185 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 122

<sup>216</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 184 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 122

<sup>217</sup> Betænkning 1423/2002 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 122

<sup>218</sup> Betænkning 1423/2002, Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 184 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 122

<sup>219</sup> Betænkning 1423/2002

undskyldelig. I betænkningen nævnes eksempelvis det forhold, at forsikringstageren glemmer at oplyse om en lægeundersøgelse flere år før forsikringens tegning, med den begrundelse, at forsikringstageren ikke har oplevet gener efterfølgende.<sup>220</sup>

Uanset om forsikringstageren er klar over, at der er afgivet urigtige oplysninger, så kan lempelsesreglen finde anvendelse. Dette er tilfældet, hvor forsikringstageren har haft anledning til at tro, at oplysningen ikke var relevant for forsikrings-selskabet, uden at dette hører under bestemmelsen om god tro i forsikringsaftalelovens § 5. Forsikringstagerens urigtige oplysning vil derfor kunne være særlig undskyldelig. Ved vurderingen vil der blandt andet blive lagt vægt på spørgsmålenes formulering. Dette er den samme vurdering som der kendes for god tro efter forsikringsaftalelovens § 5. Se bemærkningerne hertil under afsnit 6.2.<sup>221</sup>

Det tredje forhold, der nævnes i betænkningen, er tiden, der er forløbet fra afgivelsen af de urigtige oplysninger til forsikringsbegivenhedens indtræden. Det vil dermed tale for anvendelsen af lempelsesreglen, at der er forløbet en vis tid fra forsikringens tegning og indtil forsikringsbegivenhedens indtræden. Her ville forsikringstageren i en længere periode have betalt præmien med den forventning, om at kunne opnå forsikringsdækning ved indtræden af en skade. Der er ikke fastsat en bestemt tidsramme, hvorfor der skal foretages en konkret vurdering.<sup>222</sup>

De gennemgåede forhold er ikke en udtømmende liste, men er de forhold, der navnlig skal tillægges vægt ved vurderingen. Eksempelvis ville det forhold, at bortfald eller nedsættelse af forsikringsydelsen er særligt indgribende over for den sikrede, kunne tillægges vægt. Dette er særligt i de tilfælde, hvor forsikringstageren og den sikrede ikke er sammenfaldende. Her har den sikrede typisk ikke haft indflydelse på afgivelsen af de urigtige oplysninger. Dette kunne eksempelvis være tilfældet ved livsforsikringer.<sup>223</sup>

Forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3 ses kun anvendt i AKF 80.716 (2012).

---

<sup>220</sup> Betænkning 1423/2002, Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 184 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 123

<sup>221</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 123

<sup>222</sup> Betænkning 1423/2002, Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 185 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 123

<sup>223</sup> Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 123

Afgørelsen omhandler en forsikringstager, der ved tegning af en erhvervsevnetabsforsikring undlod at oplyse om tidligere ryggener. Efterfølgende blev forsikringstageren uarbejdsdygtig efter en skade i armen. Forsikringsselskabet ophævede herefter forsikringen med den begrundelse, at det ikke ville have tegnet forsikringen med de korrekte oplysninger. Ankenævnet fandt dog, at betingelserne for lempelsesreglen i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3 var opfyldt. Vedrørende første forhold omkring årsagssammenhæng udtalte Ankenævnet:<sup>224</sup>

*”Med hensyn til klagerens manglende oplysning om konsultationen hos lægen i 2003 vedrørende ryggen finder nævnet at kunne lægge til grund, at dette ingen indflydelse overhovedet har på forsikringsbegivenheden, som er arbejdsskaden i form af epicondylitter”<sup>225</sup>*

Her ses det, at Ankenævnet går ind og laver en konkret vurdering af årsagssammenhængen mellem ryggenerne og skaden i armen. Her konkluderer Ankenævnet, at ryggenerne ingen indflydelse har haft på den pågældende skade.

Vedrørende forholdet omkring graden af uagtsomhed udtalte Ankenævnet:

*”For så vidt angår spørgsmålet om uagtsomhed finder nævnet, at henset til, at klageren som 22-årig ved forsikringsbegæringen har oplyst om, at hun over en periode på 4 måneder har fået fysioterapeutisk behandling, og at hun derudover i spørgeskemaet har oplyst om, at hun har gående og stående arbejde med en del tunge løft, bøjede og/eller forvredne arbejdsstillinger m.v., og at hun ikke har anset sig for at have haft problemer med ryggen ved tegningen eller senere, og i øvrigt har anmodet selskabet om at henvende sig, såfremt oplysningerne ikke var tilstrækkelige, at hun alene kan anses at have udvist en uagtsomhed, som må betegnes som beskeden.”<sup>226</sup>*

Ankenævnets udtalelse viser, at forsikringstagerens uagtsomhed må anses for beskeden, idet forsikringstageren i et vist omfang har afgivet relevante oplysninger og ikke havde anledning til at indse, at den undladte oplysning var væsentlig for forsikringsselskabets risikovurdering.

Vedrørende forholdet omkring tid udtalte Ankenævnet:

*”Nævnet lægger endvidere vægt på, at der gik 2 år fra klagerens afgivelse af den urigtige oplysning til forsikringsbegivenhedens indtræden, og at selskabet bevilgede ydelsen i 4 år, før selskabet indhentede yderligere lægelige oplysninger.”<sup>227</sup>*

---

<sup>224</sup> AKF 80.716 (2012)

<sup>225</sup> AKF 80.716 (2012)

<sup>226</sup> AKF 80.716 (2012)

<sup>227</sup> AKF 80.716 (2012)

Her ses det, at Ankenævnet lægger vægt på, at der er gået to år fra forsikringstagerens afgivelse af de urigtige oplysninger. Yderligere lægges der vægt på, at selskabet har bevilliget forsikringsydelsen i fire år før der indhentes yderligere lægeoplysninger.

Afgørelsen illustrerer at lempelsesreglen i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3 finder anvendelse selv om betingelserne for bortfald efter § 6, stk. 1 er opfyldt. Ankenævnet foretog i afgørelsen er konkret helhedsvurdering, hvor der blev lagt særlig vægt på årsagssammenhæng, graden af forsikringstagerens uagtsomhed samt den forløbende tid fra afgivelsen af de urigtige oplysninger til skadens indtræden.

Afgørelsen viser, at anvendelsen af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3 beror på en samlet vurdering af de gennemgåede forhold.

Det kan dermed konstateres, at lempelsesreglen i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3 er en undtagelse til de ellers strenge retsvirkninger, der ses i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1 og 2. Anvendelsen af lempelsesreglen beror på en konkret helhedsvurdering, hvor der navnlig skal lægges vægt på årsagssammenhæng, graden af uagtsomhed samt den forløbne tid.

#### *6.3.1.4 Kausalitetsreglen*

I forsikringsaftalelovens § 6, stk. 4 er der opstillet en kausalitetsregel. Denne gælder ved søforsikring og anden transportforsikring samt garantiforsikring.<sup>228</sup>

Begrundelsen for at opstille en kausalitetsregel ved disse forsikringstyper er, at man ved udarbejdelsen af forsikringsaftaleloven lagde til grund, at det tekniske grundlag for anvendelsen af pro ratareglen oftest ikke ville være til stede på disse områder.<sup>229</sup>

Kausalitetsreglen indebærer, at forsikringsselskabet udelukkede hæfter, såfremt den urigtige oplysning ingen indflydelse har haft på forsikringsbegivenhedens indtræden og skadens størrelse. Dette er

---

<sup>228</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 185 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 127

<sup>229</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 186

modsat pro ratareglen, hvor bortfald eller nedsættelse af erstatningen kan ske uden årsagssammenhæng.<sup>230</sup>

Det er forsikringstageren der har bevisbyrden. Det er derfor denne, der skal bevise, at den urigtige oplysning ikke har haft indflydelse på forsikringsbegivenhedens indtræden og skadens størrelse.<sup>231</sup>

Forskellen mellem pro ratareglen og kausalitetsreglen kan illustreres med følgende eksempel: Ejeren af en slæbebåd afgiver urigtige oplysninger om, at båden anvendes til isbrydning. Såfremt forsikringsselskabet havde fået de korrekte oplysninger, så ville det have krævet en højere præmie. I en sådan situation medfører kausalitetsreglen, at selskabet fritages for at erstatte skader, der skyldes anvendelsen til isbrydning, men ikke skader, der ikke skyldes isbrydning. Efter pro ratareglen lægges der derimod ikke vægt på årsagssammenhængen, og selskabets ansvar vil derfor blive nedsat i begge tilfælde.<sup>232</sup>

Eksemplet illustrerer således, at kausalitetsreglen er snævrere og mere skadesorienteret, mens pro ratareglen har en bredere og mere generel virkning.

Som tidligere er forsikringsaftalelovens § 6 deklatorisk på nær stk. 3, jf. forsikringsaftalelovens § 10, stk. 1. Dette indebærer, at forsikringsselskabet ved aftale kan fastsætte vilkår om anvendelsen af enten pro ratareglen eller kausalitetsreglen. Forsikringsselskabet har også mulighed for at kombinere de to regler. Dette kunne eksempelvis være, at der ydes fuld erstatning hvis der ikke er årsagssammenhæng mellem den urigtige oplysning og den indtrådte forsikringsbegivenhed, men at pro ratareglen anvendes, såfremt forsikringsbegivenheden kan henføres til en ikke oplyst omstændighed.<sup>233</sup>

## 7. Grænserne mellem skyldgraderne

Et centralt spørgsmål i forsikringsretten er, hvor grænserne går mellem svig, uagtsomhed og god tro ved afgivelse af urigtige eller manglende oplysninger ved forsikringens tegning. Denne sontring har

---

<sup>230</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 186

<sup>231</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 186 og Aagaard Tegldal, A.M. og Højerup, K., 2020, side 127

<sup>232</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 186

<sup>233</sup> Jønsson, H. og Kjærgaard, C., 2024, side 187

afgørende betydning for forsikringselskabets adgang til at begrænse eller afskære erstatningen. Dette skyldes, at retsvirkningerne varierer væsentligt alt efter skyldgraden.

Afgrænsningen mellem skyldgraderne er imidlertid ikke skarp, og beror på en konkret vurdering af de foreliggende omstændigheder. I det følgende analyseres en række domme og ankenævnsafgørelser med henblik på at klarlægge, hvilke momenter, der tillægges vægt i praksis. På baggrund af dette vurderes det, hvorvidt det er muligt at opstille generelle grænser mellem svig, uagtsomhed og god tro.

Der vil i de kommende afsnit blive analyseret praksis inden for de forskellige skyldgrader, for at kunne vurdere, hvad domstolene og Ankenævnet lægger vægt på i deres vurdering af de enkelte skyldgrader. Slutteligt vil det blive diskuteret, hvorvidt det er muligt at opstille nogle generelle grænser mellem skyldgraderne.

## 7.1. Svig

Som nævnt ovenfor i afsnit 6.1 anvendes forsikringsaftalelovens § 4 omkring svig ikke ofte i praksis. Dette skyldes, at det er vanskeligt for forsikringselskabet at løfte bevisbyrden, idet det kræver, at forsikringstageren har handlet forsætligt. Dog ses der stadig domme og ankenævnsafgørelser, hvor forsikringsaftalelovens § 4 finder anvendelse. I det følgende bliver nogle af disse domme og afgørelser analyseret med henblik på, at se, hvad domstolene og Ankenævnet ligger vægt på.

U 1962.1 H omhandlede en livsforsikring, hvor forsikringstageren ved tegningen afgav urigtige og misvisende oplysninger om sin helbredstilstand. Han havde gennem længere tid haft betydelige smerter i benet og været under lægelig behandling, herunder hospitalsindlæggelse. I forsikringsbegæringen oplyste forsikringstageren, at han var rask og kun havde haft en mindre beskadigelse af benet. Efter forsikringstagerens død afviste forsikringselskabet at udbetale forsikringssummen under henvisning til forsikringsaftalelovens § 4. Landsretten og Højesteret når begge frem til, at forsikringstageren har handlet svigagtigt efter forsikringsaftalelovens § 4. Landsretten udtalte i den forbindelse:<sup>234</sup>

*”Efter de oplysninger, der foreligger om Østers helbredstilstand fra november 1956 til juli 1957, må det antages, at han, da han den 19. juni 1957 tegnede forsikringen, var klar over, at hans benlidelse kunne være alvorlig. Man har desuagtet besvaret spørgsmål 5 som sket, og han har ad spørgsmålene 9-11 misvisende omtalt en "beskadigelse" af*

---

<sup>234</sup> U 1962.1 H

*benet, ikke tydeligt oplyst, at han havde været på hospital på grund af benet, og ikke anført, at andre læger end professor Krarup havde behandlet ham [...]*<sup>235</sup>

Landsretten fandt herefter at forsikringstageren havde handlet svigagtigt, og udtalte i den forbindelse:

*"[...]at have udvist et sådant forhold, at aftalen i medfør af forsikringsaftalelovens § 4 er uforbindende for dem". Højesteret tiltrådte herefter samme resultat.*<sup>236</sup>

Dommen viser, at domstolene tillægger det afgørende betydning, at forsikringstageren var klar over, at benlidelsen kunne være alvorlig på tegningstidspunktet. Det må derfor lægges til grund, at forsikringstageren forsætligt afgav misvisende oplysninger ved at tilbageholde væsentlige oplysninger om sit helbred.

Endvidere må et afgørende moment i dommen være, at forsikringstageren bevidst forholdt sig uvidende omkring alvoren af benlidelsen. Det fremgår af dommen:

*"[...]at en endelig diagnose kun ville kunne stilles efter mere indgående undersøgelse, der imidlertid ikke kunne gennemføres, fordi afdøde vægrede sig herimod og ønskede sig udskrevet."*<sup>237</sup>

Det kan udledes, at forsikringstageren valgte bevidst ikke at få sit ben undersøgt. Dette viser, at forsikringstageren dermed bevidst forholdt sig uvidende til alvoren af benlidelsen. Det må antages, at dette har været et moment i domstolenes afgørelse.

Dommen illustrer dermed, at grænsen til svig overskrides, hvor forsikringstageren bevidst afgiver urigtige eller manglende oplysninger om forhold, der er væsentlige for forsikringselskabets risikovurdering. Yderligere lægges der vægt på, hvorvidt forsikringstageren bevidst har forholdt sig uvidende omkring de konkrete forhold.

---

<sup>235</sup> U 1962.1 H

<sup>236</sup> U 1962.1 H

<sup>237</sup> U 1962.1 H

Landsretten benytter samme afgrænsning i FED 2015.103 V.

Dommen omhandlede en forsikringstager, der ved tegning af flere forsikringer afgav urigtige oplysninger omkring tidligere skadehistorik og om, at et tidligere forsikringselskab havde opsagt hans forsikringer. Forsikringstageren havde i forsikringsbegæringen svaret nej til spørgsmålene omkring tidligere skader samt tidligere opsigelse fra et forsikringselskab, selv om dette ikke var korrekt. Forsikringstageren anmeldte efterfølgende et indbrud, hvor forsikringselskabet afviste dækning efter forsikringsaftalelovens § 4. I forbindelse hermed udtalte landsretten:<sup>238</sup>

*"[...] at A forstod C's spørgsmål og var i stand til at besvare dem. Det er herefter bevist, at A var bevidst om oplysningernes urigtighed."*<sup>239</sup>

Landsretten udtalte yderligere:

*"Det lægges til grund, at Aros, hvis der var givet oplysning om de tidligere skader og om, at If havde opsagt forsikringerne, ville have afslået at tegne forsikring. If havde i sit brev af 10. september 2007 meddelt, at det ikke ville være muligt for A senere at tegne nye forsikringer i If. Under disse omstændigheder må A's bevidste afgivelse af urigtige oplysninger anses som svigagtig, jf. forsikringsaftalelovens § 4."*<sup>240</sup>

Ligesom U 1962.1 H viser dommen, at det tillægges afgørende betydning, om forsikringstageren var bevidst om, at de afgivne oplysninger var urigtige. Landsretten lagde i den forbindelse vægt på, at forsikringstageren forstod spørgsmålene i forsikringsbegæringen og dermed var klar over, at oplysningerne om tidligere skader og tidligere opsigelse var urigtige.

Derudover lagde landsretten vægt på, at de urigtige oplysninger havde væsentlig betydning for forsikringselskabets risikovurdering, idet selskabet ikke ville have tegnet forsikringen, hvis de korrekte oplysninger havde været kendt. Dommen illustrerer dermed, at vurderingen af svig efter forsikringsaftalelovens § 4 beror på, om forsikringstageren bevidst har afgivet urigtige oplysninger om forhold af væsentlig betydning for selskabets beslutning om at tegne forsikringen.

En lignende situation sås i ankenævnsafgørelse AKF 90.161 (2016).

Forsikringstageren oplyste ved tegning af en række forsikringer, at denne kun havde haft én enkelt skade selvom det forholdt sig anderledes. Forsikringstageren havde haft en omfattende skadehistorik med en række auto-, indbo- og

---

<sup>238</sup> FED 2015.103 V

<sup>239</sup> FED 2015.103 V

<sup>240</sup> FED 2015.103 V

tyveriskader i tidligere forsikringselskaber. Efterfølgende anmeldte forsikringstageren en bilbrand. Forsikringselskabet blev her bekendt med hans reelle skadehistorik, og ophævede forsikringen efter forsikringsaftalelovens § 4. Forsikringstageren gjorde i sagen gældende, at han havde oplyst assurandøren om skadehistorikken, og at denne havde sagt at de øvrige sager var irrelevante. Ankenævnet udtalte i forbindelse hermed:<sup>241</sup>

*”Ifølge undersøgelsesrapporten, som selskabet har fremlagt, bestrider assurandøren, at klageren har oplyst om andre skader end skaden, der var anført i forsikringstilbuddet. Nævnet finder, at klageren ikke har sandsynliggjort, at han oplyste selskabets assurandør om de skader, der ikke fremgår af forsikringstilbuddet.”*<sup>242</sup>

Yderligere udtaler Ankenævnet angående vurderingen af forsikringstagerens afgivelse af oplysninger at:

*”Efter oplysningerne om klagerens omfattende skadehistorik inden for de seneste 3 år forud for, at han tegnede forsikringen, finder nævnet efter en samlet vurdering, at klageren svigagtigt har afgivet urigtige risikoplysninger i forbindelse med tegningen af forsikringen ved kun at oplyse om en skade i forsikringstilbuddet.”*<sup>243</sup>

Ligesom i U 2015.103 V ses det, at vurderingen af svig efter forsikringsaftalelovens § 4 beror på, om forsikringstageren bevidst har afgivet urigtige oplysninger om forhold af væsentlig betydning for forsikringselskabets risikovurdering.

I begge afgørelser kan det konstateres, at domstolene og Ankenævnet lagde vægt på, at forsikringstageren var klar over, at oplysningerne om tidligere skader var urigtige. Yderligere må det antages, at det var af afgørende betydning, at de korrekte oplysninger ville have været af væsentlig betydning for forsikringselskabets beslutning om at tegne forsikringen.

Ud fra ankenævnsafgørelsen kan det konstateres, at en forsikringstager ikke kan fritages fra ansvar ved at henvise til mundtlige drøftelser med en assurandør, hvis dette ikke kan sandsynliggøres. Afgørelsen viser dermed betydningen af den bevismæssige vurdering i svigtilfælde, hvor det tillægges vægt, hvilke oplysninger, der faktisk fremgår af forsikringsbegæringen og det øvrige skriftlige materiale.

I AKF 88.841 (2016) behandlede Ankenævnet en sag angående svig i forbindelse med tegning af en obligatorisk firmapensionsordning.

---

<sup>241</sup> AKF 90.161 (2016)

<sup>242</sup> AKF 90.161 (2016)

<sup>243</sup> AKF 90.161 (2016)

Afgørelsen omhandlede en forsikringstager, der ved optagelse i en obligatorisk firmapensionsordning oplyste, at hun var ansat i sin ægtefælles virksomhed med en årsløn på 360.000 kr. Efterfølgende viste det sig, at hun reelt set var arbejdsløs og modtog dagpenge på tidspunktet for forsikringens tegning. Forsikringstageren søgte efterfølgende om ydelser ved sygdom. Her blev forsikrings-selskabet bekendt med de urigtige oplysninger og ophævede pensionsordningen med tilbagevirkende kraft efter forsikringsaftalelovens § 4. Ankenævnet ligger i deres afgørelse til grund at:<sup>244</sup>

*"På baggrund af de fremlagte udskrifter fra Skat og dagpengeudbetalingslister må nævnet lægge til grund, at klageren i begæringen underskrevet den 3/9 2009 har afgivet urigtige oplysninger om sit ansættelsesforhold og sin årsløn. Da optagelsen af klageren i den obligatoriske pensionsaftale efter det oplyste er sket i henhold til en "Rammeaftale for virksomhedskunder" har disse oplysninger efter nævnets opfattelse haft afgørende betydning for aftalens indgåelse."*<sup>245</sup>

Ankenævnet udtaler yderligere:

*"Henset til, at klageren må have været bevidst om sin egen erhvervmæssige situation, og om at hun netop havde gennemgået et længere behandlingsforløb og var blevet raskmeldt pr. 1/9 2009, finder nævnet det godtgjort, at de urigtige oplysninger er afgivet bevidst, og finder på denne baggrund, at forholdet som udgangspunkt er omfattet af forsikringsaftalelovens § 4."*<sup>246</sup>

Ud fra denne afgørelse kan det konstateres, at grænsen til svig efter forsikringsaftalelovens § 4 overskrides i de tilfælde, hvor forsikringstageren bevidst afgiver urigtige oplysninger om forhold, der har afgørende betydning for forsikrings-selskabets beslutning om at indgå aftalen.

Ankenævnet lagde i den konkrete sag vægt på, at forsikringstageren måtte være klar over sin egen erhvervmæssige situation, og dermed var bevidst om, at oplysningerne om ansættelse og løn var urigtige. Derudover lagde Ankenævnet vægt på, at oplysningerne var af afgørende betydning for optagelse i pensionsordningen.

Afgørelsen viser dermed, at vurderingen af svig beror på en kombination af forsikringstagerens bevidsthed om oplysningernes urigtighed samt oplysningernes betydning for forsikrings-selskabets risikovurdering og aftaleindgåelse.

Anderledes forholdt det sig i AKF 83.830 (2013). Her fik forsikrings-selskabet ikke medhold i deres påstand omhandlende svig efter forsikringsaftalelovens § 4.

---

<sup>244</sup> AKF 88.841 (2016)

<sup>245</sup> AKF 88.841 (2016)

<sup>246</sup> AKF 88.841 (2016)

Forsikringstageren tegnede en kaskoforsikring på en bil, hvor den reelle bruger af bilen var hendes søn. Forsikringsselskabet gjorde gældende, at der svigagtigt var afgivet urigtige oplysninger omkring ejer- og brugerforholdet efter forsikringsaftalelovens § 4. Her udtalte Ankenævnet:<sup>247</sup>

*”Da forsikringen kunne tegnes med klagerens søn som bruger, finder nævnet det ikke bevist, at oplysningen om brugerforholdet har været af en sådan betydning for selskabet, at selskabet i henhold til forsikringsaftalelovens § 4 er berettiget til at annullere aftalen.”*<sup>248</sup>

Ud fra denne udtalelse kan det konstateres, at Ankenævnet lagde vægt på, at oplysningerne om brugerforholdet ikke havde afgørende betydning for forsikringsselskabets risikovillighed, og dermed vurderede, at forsikringsselskabet ikke havde løftet bevisbyrden for svig efter forsikringsaftalelovens § 4.

Ankenævnet udtalte herefter:

*”Nævnet finder herefter, at selskabet i medfør af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2, er berettiget til at opgøre erstatningen for den anmeldte totalskade som en forholdsmæssig erstatning.”*<sup>249</sup>

Efter dette kan det konstateres, at forsikringsselskabet udelukkende, havde mulighed for at nedsætte erstatningen forholdsmæssigt. Det må antages, at dette skyldes, at forsikringsselskabet fortsat ville have tegnet forsikringen, men på andre vilkår og med en anden præmie.

Afgørelsen illustrerer dermed, at selv om forsikringstageren har afgivet urigtige oplysninger om brugerforholdet, så er dette alene ikke tilstrækkeligt til at konstatere svig efter forsikringsaftalelovens § 4. Det må antages, oplysningerne ikke havde en sådan betydning for forsikringsselskabets risikovurdering, at dette ville have afvist at tegne forsikringen.

De analyserede domme og afgørelser viser dermed, at grænsen til svig efter forsikringsaftalelovens § 4 overskrides i de tilfælde, hvor forsikringstageren bevidst afgiver urigtige eller mangelfulde oplysninger om forhold, der er af væsentlig betydning for forsikringsselskabets beslutning om at tegne forsikringen. Der lægges i praksis vægt på, om forsikringstageren var klar over oplysningernes

---

<sup>247</sup> AKF 83.830 (2013)

<sup>248</sup> AKF 83.830 (2013)

<sup>249</sup> AKF 83.830 (2013)

urigtighed. Derudover tillægges det vægt om oplysningerne havde en sådan betydning for forsikrings-selskabets risikovurdering, at forsikringen ikke ville være blevet tegnet, hvis de korrekte oplysninger havde været kendt.

Yderligere viser praksis, at domstolene og Ankenævnet foretager en konkret vurdering af både forsikringstagerens forhold og oplysningernes betydning for aftaleindgåelsen. Yderligere tillægges det betydning, at forsikrings-selskabet kan dokumentere, at de korrekte oplysninger ville have medført et afslag på tegning af forsikring.

## 7.2. Uagtsomhed

Som nævnt i afsnit 6.3 finder forsikringsaftalelovens § 6 anvendelse, hvis forsikringstageren hverken har handlet svigagtigt eller i god tro. Der er derfor tale om en uagtsomhedsbedømmelse. I det følgende afsnit vil der blive analyseret en række domme og afgørelser, for at vurdere, hvornår en forsikringstager har handlet uagtsomt.

U 2004.1572 H omhandlede tegning af en personforsikring med invaliditetsdækning.

Forsikringstageren undlod at oplyse om behandling af tidligere nakke-, skulder- og rygproblemer ved tegning af en personforsikring. Forsikringstageren var yderligere også blevet undersøgt ved speciallæge og fysiurgisk klinik. Efter et færdselsuheld blev forsikringstageren erhvervsudygtig. Forsikrings-selskabet ændrede her forsikringsaftalen med tilbagevirkende kraft, således at invaliditetsdækningen blev fjernet. Forsikrings-selskabet henviste til forsikringsaftalelovens § 6. Højesteret udtalte i forbindelse hermed:<sup>250</sup>

*”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 A ikke blev fuldstændig helbredt for sine rygproblemer i 1986, men fortsat havde gener i 1989.”<sup>251</sup>*

Det må dermed kunne konstateres, at Højesteret ved vurderingen af uagtsomhed lægger vægt på både lidelsens karakter samt tiden op til forsikringens tegning. I dommen tillagde Højesteret det betydning, at undersøgelserne og behandlingerne vedrørte lidelser, der havde betydelige gener, samt at disse kun lå få år forud for tegningen af personforsikringen. Yderligere lagde Højesteret vægt på, at

---

<sup>250</sup> U 2004.1572 H

<sup>251</sup> U 2004.1572 H

forsikringstageren ikke var helbredt for sine rygproblemer, og dermed havde kendskab til disse ved tegningen af forsikringen.

Det må derfor kunne antages, at dommen illustrerer, at vurderingen af uagtsomhed efter forsikringsaftalelovens § 6 beror på, hvorvidt forsikringstageren burde have indset, at de undladte oplysninger er relevante for forsikringsselskabet.

I AKF 96.741 (2022) tog Ankenævnet stilling til en sag vedrørende en bilforsikring, hvor ejer- og brugerfoldet ikke var angivet korrekt. I modsætning til ovenstående dom ses det er, at Ankenævnet lægger vægt på nogle andre forhold.

Afgørelsen omhandlede en bilforsikring, hvor forsikringstagerens barn reelt var fast bruger af bilen, selvom forsikringen var tegnet i forældrenes navn til en væsentlig lavere præmie. Efter et færdselsuheld gjorde forsikringsselskabet gældende, at der var afgivet urigtige oplysninger om brugerforholdet, og selskabet nedsatte herefter erstatningen forholdsmæssigt efter pro rata-reglen i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2. Ankenævnet ligger i deres afgørelse vægt på en række forhold:<sup>252</sup>

*”Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at barnet førte bilen på ulykkestidspunktet, og at barnet ifølge undersøgelsesrapporten har oplyst, at barnet har betalt af bilens købspris og desuden af og til har betalt forsikringspræmie og vægtafgift.”<sup>253</sup>*

*”Nævnet har også lagt vægt på, at ægtefællen ifølge undersøgelsesrapport af 1/2 2021 har oplyst, at klagerens barn købte bilen, at bilen blev indregistreret og kaskoforsikret i klagerens navn, fordi dette var billigere, at ægtefællen og barnet i fællesskab stod for udgifterne til bilen, og at barnet og klageren begge anvendte bilen.”<sup>254</sup>*

Ud fra ovenstående må det antages, at Ankenævnet lægger vægt på de konkrete omstændigheder i forhold til sagen. Ankenævnet lagde i den forbindelse vægt på, at barnet selv havde oplyst, at denne betalte af på bilens købspris, betalte udgifter til forsikringer og vægtafgift samt var føreren af bilen på ulykkestidspunktet.

Yderligere lagde Ankenævnet vægt på, at forsikringstagerens ægtefælle havde oplyst, at bilen var blevet indregistreret og forsikret i forsikringstagerens navn for at opnå en billigere præmie. Det kan

---

<sup>252</sup> AKF 96.741 (2022)

<sup>253</sup> AKF 96.741 (2022)

<sup>254</sup> AKF 96.741 (2022)

dermed konstateres, at Ankenævnet ved bedømmelsen af uagtsomhed lægger vægt på alle de oplyste forhold, og herefter bedømmer, hvem der er den reelle bruger af bilen.

Ankenævnet lagde derudover også en mere general betragtning til grund for deres afgørelse:

*”Efter nævnets opfattelse er det almindeligt kendt, at prisen på en bilforsikring beregnes ud fra brugerens risikoplysninger, hvorfor klageren af egen drift ved oprettelsen af forsikringen burde have oplyst til selskabet, at klagerens barn var ejer eller fast bruger af bilen. Nævnet finder, at undladelsen heraf kan tilregnes klageren som groft uagtsomt.*

*[...]”<sup>255</sup>*

Det ses her, at Ankenævnet tillagde det betydning, at det er almindeligt kendt, at forsikringsselskabet beregner præmien ud fra brugerens risikoplysninger. Eftersom forsikringstageren i den konkrete sag ikke var den reelle bruger af bilen, lagde Ankenævnet det til grund, at denne havde handlet groft uagtsomt.

Det kan derfor konstateres, at Ankenævnet lægger vægt på, at forsikringstageren burde vide, at de urigtige oplysninger har betydning for forsikringsselskabets risikovurdering. Yderligere ses det, at Ankenævnet foretager en konkret helhedsvurdering af sagen, for herefter at foretage en uagtsomheds-vurdering.

I AKF 103.016 (2025) ses endnu en situation, hvor forsikringstageren har afgivet urigtige oplysninger uagtsomt.

Afgørelsen omhandlede tegning af en indboforsikring, hvor forsikringstageren ikke havde oplyst, at et medlem af husstanden var registreret i RKI. Da forsikringstageren efterfølgende anmeldte et indbrud, blev forsikringsselskabet bekendt med registreringen og ophævede forsikringen med tilbagevirkende kraft efter forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1. I forbindelse med Ankenævnets vurdering af sagen udtalte de:<sup>256</sup>

*” [...]klageren objektivt set har afgivet urigtige oplysninger, og at dette må tilregnes klageren som uagtsomt. Nævnet finder, at selskabet har godtgjort, at selskabet i forhold til sine indtegningsregler ikke ville have tegnet indboforsikringen, hvis de rigtige oplysninger om registrering i RKI var blevet oplyst ved tegning af forsikringen.”<sup>257</sup>*

---

<sup>255</sup> AKF 96.741 (2022)

<sup>256</sup> AKF 103.016 (2025)

<sup>257</sup> AKF 103.016 (2025)

Yderligere udtalte nævnet:

*"Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det fremgår af "Betingelser for køb online", at det er et krav for tegning, at klageren eller andre medlemmer af husstanden ikke er registreret i Experians RKI-register eller andet debitorregister."*<sup>258</sup>

Det må antages, at Ankenævnet tillagde det særlig betydning, at forsikringstageren ikke havde oplyst forsikringsselskabet om, at et medlem af husstanden var registreret i RKI, selvom det fremgik af betingelserne, at dette var en væsentlig oplysning. Yderligere ses det, at Ankenævnet tillagde det betydning, at forsikringsselskabet har kunne bevise, at dette ikke ville have tegnet forsikringen, såfremt de havde fået de rigtige oplysninger. Det kan dermed konstateres at forsikringsselskabets indtægningsregler blev et afgørende bevis i vurderingen af uagtsomhed.

Ankenævnet udtalte slutteligt at:

*"Nævnet har i den forbindelse lagt vægt på, at klageren har accepteret tilbuddet, og at klageren således burde have læst og forstået risikospørgsmålene, som skal bekræftes ved købet. Nævnet bemærker, at selskabet har fremsendt en kvittering for købet, hvor det ligeledes fremgår, at det er et krav for tegningen, at klageren eller andre medlemmer af husstanden ikke er registreret i Experians RKI-register eller andet debitorregister."*<sup>259</sup>

Det må dermed antages, at da forsikringstageren igennem tegningen af forsikringen flere gange er blevet oplyst omkring oplysningens væsentlighed for selskabets risikovurdering, så havde forsikringstageren handlet uagtsomt ved afgivelsen af oplysningerne.

Afgørelsen illustrerer dermed, at vurderingen af uagtsomhed efter forsikringsaftalelovens § 6 beror på om forsikringstageren burde have indset, at den urigtige oplysning er væsentlig for forsikringsselskabets risikovurdering. I den konkrete afgørelse ses det, at Ankenævnet lagde særlig vægt på, at det tydeligt fremgik af betingelserne og risikospørgsmålene, at registrering i RKI var væsentligt for forsikringsselskabets risikovurdering.

---

<sup>258</sup> AKF 103.016 (2025)

<sup>259</sup> AKF 103.016 (2025)

Yderligere viser afgørelsen, at forsikringsselskabets indtegningsregler tillægges særlig vægt i vurderingen af uagtsomhed. Det må antages, at dette er på baggrund af, at domstolene og Ankenævnet er påpasselige med, at tilsidesætte forsikringsselskabets risikovurdering.

Slutteligt må det konstateres, at Ankenævnet tillægger det betydning, at forsikringstageren aktivt har accepteret og bekræftet oplysningerne ved tegning af forsikringen.

Anderledes forholdt det sig i FED 2025.123 Ø, hvor forsikringstageren ikke havde handlet uagtsomt.

Dommen omhandlede en forsikringstager, der tegnede en kaskoforsikring for sin bil. Forsikringstageren var blevet opsagt i et tidligere forsikringsselskab på grund af sin skadehistorik. Efter en bilbrand gjorde forsikringsselskabet gældende, at forsikringstageren havde afgivet urigtige oplysninger ved forsikringens tegning ved ikke at oplyse om opsigelsen og skadehistorikken. Landsretten fandt dog, at forsikringsselskabet havde indhentet oplysningerne fra det tidligere selskab, og dermed havde kendskab til oplysningerne. Landsretten udtalte i forbindelse hermed:<sup>260</sup>

*”Det må lægges til grund, at Tryg Forsikring i forbindelse med indtegningen af forsikringen indhentede oplysninger hos Nykredit Forsikring om A's skadehistorik på bilen, og at Nykredit Forsikring i den forbindelse oplyste over for Tryg Forsikring bl.a., at A havde anmeldt tre skader i perioden fra 20. januar til 19. april 2019. Tryg Forsikring kendte dermed til grundlaget for Nykredit Forsikrings opsigelse af forsikringen. [...] lægger landsretten til grund, at A ikke fortiede oplysningen om opsigelsen, da hun indtegnede forsikringen hos Tryg Forsikring.”<sup>261</sup>*

Det kan dermed konstateres, at såfremt forsikringsselskabet var bekendt med oplysningerne ved tegningen af forsikringen, så kan selskabet ikke påberåbe sig urigtige oplysninger efter forsikringsaftalelovens § 6. I den konkrete sag havde forsikringsselskabet indhentet oplysningerne fra forsikringstagerens tidligere selskab ved indtegningen af forsikringen. Forsikringsselskabet kendte dermed til forsikringstagerens skadehistorik samt grunden til, at denne var blevet opsagt i det tidligere selskab.

Dommen illustrerer dermed, at det ikke er muligt for forsikringsselskabet at påberåbe sig forsikringsaftalelovens § 6, såfremt dette selv har indhentet de manglende oplysninger fra et tidligere selskab inden indtegningen af forsikringen.

---

<sup>260</sup> FED 2025.123 Ø

<sup>261</sup> FED 2025.123 Ø

Analysen af praksis viser, at vurderingen af uagtsomhed efter forsikringsaftalelovens § 6 beror på en konkret helhedsvurdering af forsikringstagerens forhold samt oplysningernes betydning for forsikringsselskabets risikovurdering. Det afgørende ved denne vurdering er hvorvidt forsikringstageren burde have indset, at de undladte eller urigtige oplysninger er relevante for forsikringsselskabets beslutning om at tegne forsikringen eller fastsættelse af præmien.

Praksis viser hertil, at domstolene og Ankenævnet tillægger det betydning om oplysningerne vedrører forhold, som forsikringstageren måtte have et særligt kendskab til. Dette omfatter blandt andet tidligere helbredsproblemer, reelle brugerforhold eller registrering i RKI. Endvidere lægges der vægt på, om forsikringstageren gennem spørgsmål, betingelser eller øvrige oplysninger fra forsikringsselskabet burde have forstået oplysningernes betydning for selskabet.

Det kan samtidig konstateres, at forsikringsselskabets indtegningsregler eller øvrige dokumentation tillægges væsentlig betydning ved vurderingen af, om de korrekte oplysninger ville have ført til afslag eller ændrede vilkår. Praksis viser dog samtidig, at såfremt forsikringsselskabet kendte til de korrekte oplysninger inden tegningen af forsikringen, så kan dette ikke påberåbe sig forsikringsaftalelovens § 6.

### 7.3. God tro

Som nævnt ovenfor i afsnit 6.2 anvendes forsikringsaftalelovens § 5 når forsikringstageren hverken vidste eller burde vide, at denne har afgivet urigtige oplysninger. I det følgende afsnit gennemgås en række domme, hvor domstolene har vurderet, hvorvidt forsikringstageren har handlet uagtsomt eller i god tro.

Som nævnt ovenfor i afsnit 6.2, kan der foreligge god tro, hvis forsikringsselskabets spørgsmål er for bredt og upræcist formuleret. Dette var tilfældet i U 2006.1732 H.

Dommen omhandlede en forsikringstager, der ved tegning af en invalideforsikring undlod at oplyse om tidligere lægebesøg vedrørende angstanfald og stressreaktioner. Efterfølgende fik forsikringstageren konstateret panikangst og anmodede om udbetaling under forsikringen. Forsikringsselskabet ophævede herefter forsikringen med henvisning til

forsikringsaftalelovens § 6. Højesteret fandt dog, at forsikringstageren ikke havde handlet uagtsomt. I forbindelse hermed udtalte Højesteret:<sup>262</sup>

*”Ved afgørelsen af, om A herved har handlet uagtsomt, må der efter vores opfattelse lægges vægt på, at de nævnte spørgsmål er meget bredt formuleret og lægger op til, at forsikringstager foretager en vis udvælgelse ud fra en vurdering af, hvad der må antages at være relevant for forsikringsselskabet, således at f.eks. lægeundersøgelser i forbindelse med almindelige forkølelses- eller influenzatilfælde ikke oplyses.”*<sup>263</sup>

Det kan udledes fra ovenstående dom, at spørgsmålenes formulering har afgørende betydning for vurderingen af, om forsikringstageren har handlet uagtsomt eller i god tro. I den konkrete sag lagde Højesteret vægt på, at spørgsmålene i forsikringsbegæringen var meget bredt formuleret og derfor overlod et vis skøn til forsikringstageren om, hvilke oplysninger der er relevante for forsikringsselskabet.

Højesteret udtalte yderligere:

*”På denne baggrund finder vi det godtgjort, at A ved besvarelsen af spørgsmålene om lægeundersøgelse og lægebehandling ikke har udvist uagtsomhed, og at forsikringsselskabet derfor ikke er fri for ansvar i medfør af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, sammenholdt med § 5.”*<sup>264</sup>

Dommen illustrerer dermed, at uklare eller upræcise spørgsmål kan medføre, at forsikringstageren ikke kan bebrejdes for at undlade at oplyse om bestemte forhold. Derfor må det antages, at risikoen for uklare spørgsmål i et vist omfang bæres af forsikringsselskabet.

Yderligere ses det ved vurderingen af uagtsomhed og god tro, at domstolene lægger vægt på, hvorvidt forsikringstageren kendte til oplysningen på tegningstidspunktet. Dette ses i FED 2006.117 Ø.

Dommen omhandlede en forsikringstager, der ved tegning af en sygeforsikring ikke oplyste om symptomer på brystkræft. Efterfølgende blev hun diagnosticeret med fremskreden brystkræft. Forsikringsselskabet annullerede herefter forsikringen med henvisning til forsikringsaftalelovens §§ 4 og 6. Landsretten fandt dog, at forsikringstageren havde handlet i god tro. I forbindelse hermed udtalte landsretten:<sup>265</sup>

---

<sup>262</sup> U 2006.1732 H

<sup>263</sup> U 2006.1732 H

<sup>264</sup> U 2006.1732 H

<sup>265</sup> FED 2006.117 Ø

*”Efter bevisførelsen for landsretten findes det ikke godtgjort, at A ved tegningen af forsikringen svigagtigt gav urigtige oplysninger eller fortav oplysninger af betydning for appellanten, jf. forsikringsaftalelovens § 4. Det er herved tillagt betydning, at ifølge dr. Youngs notater havde A ikke problemer før i december 1996 og det nærmere tidspunkt for sår-dannelserne ses ikke fastslået. Hendes vægttab ses endvidere ikke understøttet af dr. Young vejeresultat sammenholdt med angivelsen i forsikringsbegæringen. Herefter og af de i øvrigt af byretten anførte grunde tiltrædes det, at A var i god tro på tidspunktet fra indgivelse af begæringen om forsikring i oktober 1996 til appellants accept i december 1996.”<sup>266</sup>*

Det kan dermed udledes fra dommen, at vurderingen af god tro og uagtsomhed efter forsikringsaftalelovens §§ 4-6 i høj grad beror på, om forsikringstageren på tegningstidspunktet havde kendskab til eller burde have indset alvoren af de pågældende symptomer.

I den konkrete dom, lagde landsretten vægt på, at det ikke var godtgjort, at forsikringstageren før december 1996 havde problemer, som gav hende anledning til at tro, at hun led af en alvorlig sygdom. Derudover tillagde landsretten det betydning, at tidspunktet for sår-dannelserne ikke kunne fastslås, samt at vægttabet ikke var tilstrækkeligt dokumenteret.

Dommen illustrerer dermed, at forsikringstagerens kendskab til symptomerne og deres betydning er afgørende ved vurderingen af, om der foreligger god tro eller uagtsomhed. Det må dermed kunne antages, at såfremt forsikringstageren ikke havde anledning til at opfatte symptomerne som tegn på sygdom, så vil dette tale for god tro.

Endvidere ses det ved vurderingen af god tro og uagtsomhed, at såfremt forsikringstageren ikke oplyser om ikke-belastende skader, så er dette ikke nødvendigvis uagtsomt. Dette ses blandt andet i U 2012.1031 Ø.

Dommen omhandlede et forsikringspar, der ved tegning af familie- og bilforsikring ikke oplyste korrekt om tidligere skader og restancer hos et tidligere forsikringsselskab. Efter et indbrud i parrets hjem ophævede forsikringsselskabet forsikringerne med tilbagevirkende kraft under henvisning til forsikringsaftalelovens §§ 4-6. Landsretten fandt imidlertid at parret ikke havde handlet uagtsomt ved nogle af forholdene. I forhold til restancen i det tidligere forsikringsselskab udtalte landsretten:<sup>267</sup>

---

<sup>266</sup> FED 2006.117 Ø

<sup>267</sup> U 2012.1031 Ø

*”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 [...]”<sup>268</sup>*

Ud fra ovenstående kan det udledes, at selvom forsikringstageren havde en gæld til det tidligere forsikringsselskab, forelå der ikke en egentlig restance, da den indgåede afdragsordning blev overholdt. Det må derfor kunne antages, at det ikke er en oplysning der er så væsentlig for forsikringsselskabet, at dette kunne opsige forsikringen.

I forhold til den tidligere skadehistorik udtalte landsretten:

*”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.”<sup>269</sup>*

Her ses det igen, at domstolene vurderer den sproglige forståelse af spørgsmålet. I den konkrete sag må det kunne antages, at da skaden ikke var belastende, så var det ikke uagtsomt, at forsikringstageren ikke oplyste om dette.

Yderligere må det kunne antages, at på trods af, at domstolene ikke eksplicit anvender betegnelsen ”god tro” i dommen, så har forsikringstageren hverken vidst eller burde have indset, at oplysningerne var væsentlige for forsikringsselskabet.

Dommen illustrerer dermed, at der ikke nødvendigvis foreligger uagtsomhed, blot fordi en oplysning objektivt er urigtig eller ufuldstændig. Det afgørende er, om forsikringstageren havde anledning til at forstå oplysningens betydning for forsikringsselskabet. Hvis dette ikke er tilfældet, så ville forsikringstageren kunne anses for at have handlet i god tro.

---

<sup>268</sup> U 2012.1031 Ø

<sup>269</sup> U 2012.1031 Ø

Endvidere ses det, at der statueres god tro i U 2024.76 V omkring en ”klonet bil”.

Dommen omhandlede en forsikringstager, der tegnede en motoransvarsforsikring på en bil, der efterfølgende viste sig at være en såkaldt ”klonet bil” med falsk stelnummer. Forsikringsselskabet gjorde gældende, at der var afgivet urigtige oplysninger om bilens identitet ved forsikringens tegning, og ophævede herefter forsikringen med tilbagevirkende kraft. Landsretten fandt dog, at forsikringstageren var i god tro, og udtalte således om forholdet:<sup>270</sup>

*”De oplysninger, som A afgav i forbindelse med tegningen af forsikringen, stemmer med oplysningerne fra slutsedlen om hans køb af bilen. Herefter og efter A's forklaring om forløbet ved købet af bilen sammenholdt med sagens øvrige oplysninger lægger landsretten til grund, at A var i god tro om oplysningerne og således ikke har udvist uagtsomhed.”<sup>271</sup>*

Ud fra ovenstående kan det udledes, at vurderingen af god tro beror på, om forsikringstageren havde anledning til at betvivle rigtigheden af de oplysninger, der blev afgivet ved forsikringens tegning. I den konkrete sag lagde landsretten vægt på, at de oplysninger, som forsikringstageren afgav til forsikringsselskabet, stemte overens med oplysningerne på slutsedlen og de oplysninger han havde modtaget ved købet.

Dommen viser dermed, at en forsikringstager ikke har handlet uagtsomt, såfremt denne videregiver oplysninger, som vedkommende med rimelighed kunne anse som korrekte. Det afgørende var således, at forsikringstageren ikke havde kendskab til, eller burde have indset, at bilen havde et falsk stelnummer.

Analysen af praksis viser dermed, at det afgørende ved vurderingen af god tro efter forsikringsaftalelovens § 5, afhænger af om forsikringstageren vidste eller burde have indset, at de afgivne oplysninger var urigtige eller ufuldstændige. Det afgørende er derfor ikke, at der objektivt er afgivet urigtige oplysninger, men at forsikringstageren havde anledning til at forstå betydningen for forsikringsselskabets risikovurdering. Vurderingen af god tro afhænger dermed af en vurdering af de konkrete forhold.

---

<sup>270</sup> U 2024.76 V

<sup>271</sup> U 2024.76 V

#### 7.4. Vurdering af grænserne mellem skyldgraderne

På baggrund af den gennemgæede og analyserede praksis bliver det klart, at det ikke er muligt at opstille faste og entydige grænser mellem svig, uagtsomhed og god tro. Dette skyldes, at vurderingen af skyldgraden ikke alene afhænger af, om der objektivt er afgivet urigtige eller mangelfulde oplysninger. Det afgørende er derimod, hvordan forsikringstagerens subjektive forhold skal bedømmes i den konkrete situation.

Praksis viser, at domstolene og Ankenævnet foretager en samlet vurdering, hvor flere momenter indgår. Der lægges blandt andet vægt på, om forsikringstageren forstod de stillede spørgsmål, om spørgsmålene var klart eller bredt formuleret, om forsikringstageren kendte til det pågældende forhold. Yderligere lægges der vægt på om forsikringstageren burde have indset, at oplysningen er relevant for forsikringselskabets risikovurdering. Derudover tillægges det også vægt om selskabet selv havde eller burde have haft kendskab til oplysningerne.

Det ses endvidere i praksis, at vurderingen kan afhænge af den konkrete forsikringstype. Ved personforsikringer tillægges det ofte betydning, om forsikringstageren havde kendskab til egne symptomer, behandlinger eller helbredsmæssige forhold. Yderligere tillægges det vægt, hvorvidt denne burde have forstået deres helbredsmæssige forholds betydning for selskabets risikovurdering. Ved personforsikringer foretages, der dermed en subjektiv vurdering af forsikringstagerens egen forståelse af sygdomsforløbet og spørgsmålenes formulering. Selskabet har dermed også et større ansvar for at spørgsmålene er formuleret klart og præcist, så forsikringstageren ved, hvilke forhold der har betydning for risikovurderingen. Bevisbyrden er dermed strengere ved personforsikringer. Dette må skyldes, at det kan være vanskeligere for forsikringstageren at tegne for eksempel en ny livsforsikring i et andet selskab på samme vilkår og med samme præmie.

Ved tingsforsikringer som indbo- eller bilforsikringer lægges der derimod mere vægt på de objektive forhold. Dette er eksempelvis forhold som skadehistorik, brugerforhold, registrering i RKI eller andre oplysninger, der har direkte betydning for præmiefastsættelsen og selskabets indtegningsregler. Her har selskabets indtegningsregler en stor betydning i vurderingen.

Det er dog muligt at udlede visse generelle retningslinjer for skyldgraderne. Svig forudsætter som udgangspunkt, at forsikringstageren bevidst har afgivet urigtige oplysninger eller fortiet oplysninger

af væsentlig betydning for forsikringsselskabet. Derimod foreligger uagtsomhed typisk, hvor forsikringstageren ikke har haft forsæt til at vildlede selskabet, men hvor denne burde have indset, at oplysningerne var urigtige eller relevante for selskabets risikovurdering. Slutteligt foreligger god tro når forsikringstageren hverken vidste eller burde vide, at oplysningerne var urigtige eller ufuldstændige.

Disse grænser kan dog ikke anvendes som faste grænser mellem skyldgraderne. Det skyldes, at samme type oplysning kan få forskellig betydning afhængigt af de konkrete omstændigheder. Eksempelvis kan manglende oplysninger om helbredsforhold føre til svig, hvis forsikringstageren bevidst tilbageholder oplysninger om en alvorlig lidelse. De samme oplysninger vil derimod også kunne føre til god tro, hvis spørgsmålene er bredt formuleret, og forsikringstageren ikke havde anledning til at opfatte forholdet som en sygdom eller som en relevant oplysning for forsikringsselskabet.

Tilsvarende kan manglende oplysninger om tidligere skader eller brugerforhold ved bilforsikring føre til forskellige resultater. Hvis forsikringstageren bevidst undlader at oplyse om en omfattende skadehistorik, kan forholdet anses som svig. Hvis forsikringstageren derimod underlader at oplyse om en ikke-belastende skade, eller hvis spørgsmålet kan forstås uklart, kan forholdet efter omstændighederne være omfattet af god tro.

Det afgørende er derfor ikke kun oplysningens objektive karakter, men den sammenhæng, hvori oplysningen er afgivet eller undladt. Denne sammenhæng omfatter forsikringstagerens viden, spørgsmålenes formulering, forsikringstypen, forsikringsselskabets indtegningsregler, oplysningens betydning for risikovurderingen og den bevismæssige dokumentation.

På den baggrund må det konkluderes, at der ikke kan opstilles klare og faste grænser mellem skyldgraderne. Der kan alene opstilles vejledende momenter, der kan pege i retning af enten svig, uagtsomhed eller god tro. Afgrænsningen må derfor altid bero på en konkret helhedsvurdering. Dette er med til at skabe en dynamisk retstilstand, hvor afgørelsen bliver tilpasset den enkelte sag. Derimod kan det derfor være vanskeligt at forudsige, hvordan en konkret undladelse eller urigtig oplysning vil blive bedømt.

## 8. Forsikringsaftaleloven i et digitaliseret og standardiseret forsikringsmarked

De danske regler om urigtige og manglende oplysninger ved forsikringens tegning bygger grundlæggende på forsikringsaftaleloven fra 1930. På daværende tidspunkt blev forsikringsaftaler typisk indgået ved et personligt møde mellem forsikringstageren og en assurandør. I dag tegnes forsikringer derimod ofte digitalt gennem standardiserede onlineformularer og automatiserede risikovurderinger. Dette rejser spørgsmålet om, hvorvidt reglerne fortsat afspejler det moderne forsikringsmarked.

Som gennemgået ovenover bygger forsikringsaftalelovens §§ 4-6 på en sondring mellem svig, uagtsomhed og god tro. Denne vurdering afhænger i høj grad af forsikringstagerens subjektive forståelse af de afgivne oplysninger. Efter at forsikringsmarkedet er blevet mere digitaliseret kan dette give udfordringer, da forsikringstageren ikke længere får personlig rådgivning ved afgivelse af oplysningerne.

Det ses også i praksis. I U 2006.1732 H lagde Højesteret vægt på, at spørgsmålene i forsikringsbegæringen var bredt og upræcist formuleret, hvorfor forsikringstageren ikke kunne anses for at have handlet uagtsomt. Dommen illustrerer dermed, at risikoen for uklare spørgsmål i et vist omfang bæres af forsikringsselskabet. Denne problemstilling må antages at være endnu mere relevant ved digitale forsikringstegninger.

Samtidig anvender forsikringsselskaber i stigende grad automatiserede risikovurderinger og dataudveksling mellem selskaber. Dette betyder, at forsikringsselskaberne har bedre mulighed for at kontrollere rigtigheden af oplysningerne end tidligere. Dette ses blandt andet i FED 2015.123 Ø, hvor landsretten lagde vægt på, at forsikringsselskabet allerede havde indhentet oplysninger om forsikringstagerens skadehistorik fra et tidligere selskab. Forsikringsselskabet kunne dermed ikke påberåbe sig urigtige oplysninger efter forsikringsaftalelovens § 6.

Analysen ovenfor viser samtidig, at grænserne mellem svig, uagtsomhed og god tro i praksis er flydende, og at vurderingen beror på en konkret helhedsvurdering. Dette kan tale for, at reglerne i højere grad burde baseres på proportionalitet og rimelighedsvurderinger.

Det må samlet set konstateres, at forsikringsaftalelovens regler fortsat er anvendelige, men at digitaliseringen og standardiseringen udfordrer flere af de forudsætninger, som reglerne oprindeligt blev bygget på. Særligt udviklingen mod digitale forsikringsaftaler og automatiserede risikovurderinger kan tale for, at forsikringsselskaber fremadrettet bør bære en større del af ansvaret for uklare spørgsmål og mangelfulde oplysninger.

## 9. Konklusion

Dette speciale har undersøgt, om der kan opstilles grænser mellem svig, uagtsomhed og god tro ved urigtige og manglende oplysninger afgivet ved tegning af forsikring.

Undersøgelsen viser, at det ikke er muligt at opstille helt faste og generelle grænser mellem de tre skyldgrader. Vurderingen efter forsikringsaftalelovens §§ 4-6 beror i stedet på en konkret helhedsvurdering af de enkelte omstændigheder i sagen. Domstolene og Ankenævnet foretager i praksis en samlet vurdering, hvor der blandt andet lægges vægt på forsikringstagerens kendskab til oplysningerne, spørgsmålenes formulering, oplysningernes betydning for forsikringsselskabets risikovurdering samt den konkrete forsikringstype. Det er dog muligt at opstille nogle generelle retningslinjer for den enkelte skyldgrad.

I relation til svig efter forsikringsaftalelovens § 4 viser praksis, at grænsen til svig overskrides, når forsikringstageren bevidst afgiver urigtige eller mangelfulde oplysninger om forhold af væsentlig betydning for forsikringsselskabet. Der lægges særligt vægt på om forsikringstageren var klar over oplysningernes urigtighed, samt om de korrekte oplysninger ville have medført, at forsikringsselskabet havde afvist at tegne forsikring eller tegnet denne på andre vilkår.

Ved vurderingen af uagtsomhed efter forsikringsaftalelovens § 6 er det afgørende, om forsikringstageren burde have indset, at oplysningerne var relevante for forsikringsselskabets risikovurdering. Praksis viser, at der blandt andet lægges vægt på, om oplysningerne vedrører forhold, som forsikringstageren må antages at have særligt kendskab til. Endvidere tillægges det betydning, om forsikringsselskabet tydeligt har fremhævet oplysningernes relevans gennem spørgsmål, vilkår eller indtagningsregler.

I forhold til god tro efter forsikringsaftalelovens § 5 viser praksis, at forsikringstageren ikke kan bebrejdes for urigtige eller mangelfulde oplysninger, hvis denne hverken vidste eller burde have vidst, at oplysningerne var væsentlige for forsikringsselskabet. Her tillægges det blandt andet betydning, om spørgsmålene har været uklare eller bredt formuleret, samt om forsikringstageren havde anledning til at forstå oplysningernes betydning.

Specialet viser samtidig, at vurderingen af skyldgraderne kan variere afhængigt af forsikringstypen. Ved personforsikringer tillægges oplysninger om forsikringstagerens subjektive forhold stor betydning. Ved tingsforsikring tillægges objektive forhold derimod stor betydning. Dette understøtter yderligere, at det ikke er muligt at opstille klare og entydige grænser mellem skyldgraderne.

Det kan samlet konkluderes, at der i praksis ikke findes skarpe grænser mellem svig, uagtsomhed og god tro ved urigtige og manglende oplysninger afgivet ved tegning af forsikring. Der kan dog udledes en række centrale momenter fra praksis, som indgår i vurderingen af de enkelte skyldgrader. Bedømmelsen vil imidlertid altid bero på en konkret vurdering af den enkelte sag og de foreliggende omstændigheder.

## 10. Litteraturliste

### 10.1. Bøger

- Blume, P. (2007). Rettens veje og vildveje: Et bidrag til retsteorien. Jurist- og Økonomforbundets forlag.
- Blume, P. (2016). Retssystemet og juridisk metode (3. udg.). Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Bryde Andersen, M. (2002). Ret og metode (2. udg.). Gjellerup.
- Dietz Legind, N., Lindencrone Petersen, L. & Schaumburg-Müller, P. (2024). Lov om forsikringsvirksomhed: Med kommentarer. Djøf Forlag.
- Evald, J. (2019). At tænke juridisk (5. udg.). Djøf Forlag.
- Jønsson, H. & Kjærgaard, L. (2024). Dansk forsikringsret (11. udg.). Djøf Forlag.
- Kristoffersen, S. (2019). Introduktion til forsikringsreglerne. Hans Reitzels Forlag. (Originalværk udgivet 2019)
- Lyng Andersen, L. (2014). Aftaleloven: Med kommentarer (6. udg.). Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Munk-Hansen, C. (2021). Den juridiske løsning: Introduktion til juridisk metode (2. udg.). Djøf.
- Munk-Hansen, C. (2022). Retsvidenskabsteori (3. udg.). Djøf Forlag.
- Sørensen, I. (2004). Den private syge- og ulykkesforsikring (2. udg.). Forlaget Thomson.
- Sørensen, I. (2015). Forsikringsret (6. udg.). Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Von Eyben, B., Isager, H., Sørensen, I. & Ulfbeck, V. (2017). Materialesamling til faget erstatningsret: i forsikringsretlig belysning. Jurist- og Økonomiforbundets Forlag.
- Aagaard Tegldal, A.-M. & Højerup, K. (2020). Forsikringsaftaleloven: Med kommentarer. Karnov Group.

### 10.2. Retspraksis

- U 1962.1 H
- U 1996.1507 VLD
- U 1997.27 Ø
- U 2004.1572 H
- U 2006.1732 H
- U 2012.1031 Ø

- U 2024.76 V
- FED 2006.117 Ø
- FED 2015.103 V
- FED 2015.120 V
- FED 2016.114 Ø
- FED 2025.123 Ø

### 10.3. Ankenævnsspraksis

- AKF 80.716 (2012)
- AKF 83.830 (2013)
- AKF 86.961 (2015)
- AKF 88.841 (2016)
- AKF 90.161 (2016)
- AKF 90.116 (2017)
- AKF 90.496 (2017)
- AKF 90.745 (2017)
- AKF 91.273 (2019)
- AKF 96.741 (2022)
- AKF 103.016 (2025)

### 10.4. Love

- Bekendtgørelse af lov om aftaler og andre retshandler på formuerettens område [Aftaleloven], LBK nr. 193 af 02/03/2016 (2016).  
<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2016/193>
- Bekendtgørelse af lov om forsikringsaftaler [Forsikringsaftaleloven], LBK nr. 1237 af 09/11/2015 (2015).  
<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2015/1237>
- Betænkning om forsikringsaftaleloven, BTL nr. 1423 (2002).  
<https://www.betænkninger.dk/wp-content/uploads/2021/02/1423.pdf>
- Lov om forsikringsvirksomhed i tværgående pensionskasser, livsforsikringsselskaber og skadesforsikringsselskaber m.v. [Lov om forsikringsvirksomhed], LOV nr. 718 af 13/06/2023 (2023).

<https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2023/718>

- Udkast til lov om forsikringsaftaler, København, 1921