

Ankeævnet
***for* Forsikring**

Årsberetning

2016

Resumé

Ankenævnet for Forsikring modtog i 2016 1.351 klager. Det er 38 klager færre end året før. Antallet af klager har gennem de senere år været faldende. Trods faldet i det samlede antal af klager er der for nogle forsikringstyper sket en stigning i antallet af klager fra 2015 til 2016. Det gælder eksempelvis for ejerskifteforsikringer, ulykkesforsikringer, motorkøretøjsforsikringer, rejseforsikringer og forsikring mod visse kritiske sygdomme, jf. tabellerne i afsnit 3.4.

De forsikringstyper, der klages mest over, er ejerskifteforsikring, ulykkesforsikring samt livs- og pensionsforsikring. Der modtages også et større antal klager over motorkøretøjs-, familie- og bygningsforsikring.

Ankenævnet afsluttede 1.252 sager i 2016. Heraf blev 1.015 sager (svarende til 81,1 %) afsluttet af nævnet, mens 237 sager blev afsluttet af sekretariatet. I 2015 blev 1.999 sager afsluttet.

Af de 237 sekretariatsafsluttede sager blev 114 sager lukket eller afvist på grund af forhold hos klageren. Disse grunde er nærmere omtalt i beretningens afsnit 3.2. 37 sager blev afsluttet, fordi klageren tilbagekaldte klagen, inden sagen blev forelagt for nævnet. Endelig blev 86 sager afsluttet, fordi selskabet opfyldte klagen, inden sagen blev forelagt for nævnet.

Ved udgangen af 2016 var der 690 uafsluttede sager. Ved udgangen af 2015 var der 591 uafsluttede sager. Antallet af uafsluttede sager er således steget med 99 sager i løbet af 2016. Stigningen i antallet af uafsluttede sager skyldes navnlig to forhold.

For det første indførte postvæsnet i sensommeren 2016 forlængede postomdelingstider, hvilket betyder, at nævnet må fastsætte tidsfrister for parterne, som tager højde for, at hvert enkelt brev til og fra nævnet kan være 5 dage undervejs. Dette indebærer en ikke ubetydelig forlængelse af den tid det tager, at få en sag oplyst af parterne.

For det andet gik et forsikringselskab konkurs i 2016, hvilket har betydet, at nævnet i en periode måtte sætte sagsoplysningen – og dermed afgørelsen – af disse sager i bero i en periode i såvel 2016 som 2017, indtil sagerne kunne viderebehandles af Garantifonden for Skadesforsikringselskaber.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i 2016 for de 1.252 afsluttede sager var 5,1 måneder. For de enkelte sager var 73,4 % af sagerne afsluttet inden for 6 måneder, mens 88,5 % af sagerne var afsluttet inden for 8 måneder. I 2015 var den gennemsnitlige sagsbehandlingstid på 6,6 måneder. Grundet de to ovennævnte forhold må man forvente, at de gennemsnitlige sagsbehandlingstider i 2017 vil være højere end de gennemsnitlige sagsbehandlingstider i 2016.

I 2016 fik klagerne helt eller delvist medhold i 25,6 % af de sager, som ikke blev lukket/afvist af sekretariatet eller nævnet. Det er 6,6 procentpoint højere end i 2015¹ og 0,4 procentpoint højere end i 2014.

Antallet af sager, hvor nævnets medlemmer er uenige om udfaldet af sagen (dissens), er steget en anelse, idet nævnsmedlemmerne i 2016 var uenige om udfaldet af sagen i 3,8 % af de nævnsafgjorte sager. I 2015 blev der afgivet dissens i 3,5 % af de nævnsafgjorte sager, mens der i 2014 blev afgivet dissens i 5,5 % af de nævnsafgjorte sager.

Forsikringselskaberne har i 2016 meddelt, at de ikke ønskede at være bundet af nævnets afgørelse (anfægtelse) i 9 tilfælde. 5 af de 9 anfægtede sager er blevet indbragt for domstolene af klageren. Af de resterende 4 anfægtede sager er 1 sag er blevet forligt mellem selskabet og klageren. Det er uvist, om de resterende 3 sager vil blive indbragt for domstolene. Der henvises til afsnit 4.1 for en nærmere omtale af de 4 anfægtede sager i 2016, som ikke er indbragt for domstolene.

I 2015 anfægtede selskaberne 14 af nævnets afgørelser, mens antallet af anfægtelser i 2014 var 18.

10 sager, som selskaberne i tidligere år har anfægtet, er blevet afsluttet i 2016. Heraf er 5 anfægtede sager afgjort endeligt ved dom. De resterende 5 anfægtede sager er forligt i 2016 – for størstedelens vedkommende efter, at der er truffet afgørelse af domstolene i første instans. Klageren har med de 5 forlig fået noget ud af at klage. For så vidt angår de 5 domme, er forsikringselskabet frifundet i 3 retssagerne, mens klageren har fået helt eller delvist medhold i 2 af retssagerne. Der henvises til afsnit 4.2 for nærmere omtale af de 5 domme og til afsnit 4.3 for omtale af de 5 forlig.

Endelig henvises til afsnit 4.4 for en omtale af 2 retssager, som er anlagt af en klager mod forsikringselskabet i to sager, hvor klageren ikke fik medhold i sin klage til nævnet. Den ene af disse retssager – omtalt i afsnit 4.4.1 – er principiel, idet Højesteret fastslog, dels at der ikke af G82 kan udledes en forpligtelse for pensionselskabet til hvert år at forrente klagerens løbende pensionsopsparing med 4,5 % efter skat, dels at klageren ikke havde bevist, at der var aftalt en sådan rentegaranti i retsforholdet mellem ham og pensionselskabet. Højesteret udtalte endvidere, at bevisførelsen ikke gav grundlag for at antage, at der i forsikringsbranchen har været en almindelig opfattelse af, at der i pensionsforsikringer af den type, der er tale om, blev tilsagt forsikringstagerne en årlig minimumsforrentning af deres løbende pensionsopsparing.

¹ Den lidt lavere medholdsprocent i 2015 skyldtes i vidt omfang, at nævnet i 2015 afgjorde 330 ensartede klager (masseklagen) over en særlig problemstilling i ét selskab, og at nævnet gav selskabet medhold i disse 330 sager. Havde disse 330 sager talt som 1 sag i statistikken, ville klagerne i 2015 have fået helt eller delvist medhold i 23 % af sagerne.

Nævnets formandskab har i 2016 ikke konstateret systematiske eller væsentlige problemer, som giver anledning til at komme med anbefalinger til, hvordan sådanne problemer fremadrettet kan undgås eller løses.

Nævnets kendelser offentliggøres i anonymiseret form på hjemmesiden www.ankeforsikring.dk. Her er det også muligt at se de enkelte selskabers klageantal og resultatet af disse sat i forhold til de enkelte selskabers markedsandele.

INDHOLD

Resumé	1
1. Indledning	5
2. Ankenævnets sammensætning, sekretariat og revisor	6
2.1 Nævnetsrepræsentanter udpeget af Forbrugerrådet Tænk	6
2.2 Nævnetsrepræsentanter udpeget af Forsikring & Pension	6
2.3 Nævnets sekretariat	8
2.4 Revisor	8
3. Ankenævnets virksomhed	9
3.1 Nævnets sagsbehandlingstid	11
3.2 Resultat af nævns- og sekretariatsafsluttede sager, herunder medholdsprocenter	12
3.3 Resultat af nævnsafsluttede sager, herunder antal dissenser	14
3.4 Nævnets- og sekretariatsafsluttede sager fordelt på branche	15
3.5 Antal henvendelser	21
3.6 Internationalt samarbejde	21
4. Efterlevelse af nævnets kendelser	22
4.1 Status på sager, som selskaberne anfægtede i 2016	23
4.2 Anfægtede sager, der er afgjort ved endelig dom i 2016	25
4.3 Anfægtede sager, der i 2016 er blevet forligt	39
4.4 Domme i andre nævnsafgjorte sager	44

1. INDLEDNING

Denne beretning angår perioden 1. januar til 31. december 2016. Ankenævnet for Forsikring er stiftet af Forbrugerrådet Tænk og Forsikring & Pension den 1. september 1975. Ankenævnet for Forsikring er den 28/1 2016 af Erhvervs- og Vækstministeriet godkendt i medfør af § 6 i lov om alternativ tvistløsning i forbindelse med forbrugerklager. Godkendelsen har virkning frem til den 31/1 2019. Godkendelsen er sket på grundlag af **Vedtægter – 11**, som de stiftende organisationer har vedtaget.

Ifølge § 2 i vedtægterne behandler nævnet klager fra forbrugere over tvister, der udspringer af en forsikringsaftale eller en pensionsaftale indgået mellem forbrugeren og et forsikrings- eller pensionselskab, som er etableret i Danmark. Nævnet kan behandle klager over et udenlandsk forsikrings- eller pensionselskab, hvis sagen har større tilknytning til Danmark end til det land, hvor forsikrings- eller pensionselskabet er etableret.

Nævnets afgørelse er ikke bindende for parterne, og begge parter kan indbringe sagen for domstolene. For forsikringsselskaberne er det dog en betingelse, at de inden 30 dage efter forkyndelse af nævnets afgørelse har meddelt nævnet, at de ikke ønsker at være bundet af afgørelsen – en såkaldt anfægtelse.

2. ANKENÆVNETS SAMMENSÆTNING, SEKRETARIAT OG REVISOR

Nævnet består af en formand og et antal næstformænd, der udgør nævnets formandskab, og et antal nævnsmedlemmer i øvrigt. Formand og næstformænd skal være dommere eller pensionerede dommere. De stiftende organisationer udpeger formand, næstformænd og nævnets medlemmer.

Ved udgangen af 2016 er nævnets formand højesteretsdommer Marianne Højgaard Pedersen. Landsdommer Svend Bjerg Hansen og landsdommer Peter Thønings er næstformænd.

2.1 Nævnsrepræsentanter udpeget af Forbrugerrådet Tænk

Ved udgangen af 2016 var følgende personer udpeget af Forbrugerrådet Tænk som nævnsmedlemmer:

Permanente medlemmer:

Ankenævnskoordinator Regitze Buchwaldt
Jurist Lea Markersen
Jurist Tina Dhanda Kelsis

Generelle medlemmer:

Advokat Helle Hjorth Bentz
Rådsmedlem Lani Bannach
Rådsmedlem Finn Borgquist
Rådsmedlem Morten Dam
Poul Erik Jensen
Nina Rahbek

Lystfartøjsforsikring:

Cand.jur. Morten Gregers Berdiin

2.2 Nævnsrepræsentanter udpeget af Forsikring & Pension

Ved udgangen af 2016 var følgende personer udpeget af Forsikring & Pension som nævnsmedlemmer:

Permanente medlemmer:

Advokat Claus Elmquist-Clausen
Advokat Vibeke Hjarlitz
Advokat Kåre Højerup
Chef for medlemsjura, cand.jur. Anne Mette Kirkegaard
Kvalitetskonsulent, advokat Lene Bangshøj Olesen
Underdirektør Per S. Poulsen

Motorkøretøjsforsikring:

Advokat Morten Bach Frydensberg
Produktudvikler Birgit Hedstrøm
Skadechef, advokat Lars Bue Nørbjerg
Kvalitetskonsulent Anne Garde Slothuus

Privat ansvarsforsikring og retshjælpsforsikring:

Fagkonsulent Katja Dahl
Specialkonsulent, cand.jur. Sara Ravnsnæs
Skadebehandler Mark Strømberg
Kvalitetschef Berit Torm
Jurist Anne-Marie Aagaard Tegldal

Bygningsforsikring:

Specialkonsulent, cand.jur. Christina Holck Hansen
Skadechef, advokat Lars Bue Nørbjerg
Advokat Klaus Rasmussen
Jurist Anne-Marie Aagaard Tegldal

Byggeskadeforsikring:

Jurist John Holmgrün Nielsen
Kvalitetskonsulent Keld Løgstrup-Nielsen

Familieforsikring:

Kvalitetskonsulent cand.jur. Vibe Fjeldsted-Holm
Uddannelses- og fagkonsulent Birgit Wienmann Jensen
Chefjurist Camilla Rindom Riis
Jurist Anne-Marie Aagaard Tegldal

Sygeforsikring og ulykkesforsikring:

Specialist Freddy Hansen
Skadebehandler Heidi Hillerup
Kvalitetskonsulent, jurist Camilla Jørgensen
Specialkonsulent Pia Nordland
Skadebehandler Peer Kofod Svensson
Teamleder Peter Wittwer

Livsforsikring og pensionsforsikring:

Juridisk konsulent, advokat Poul Andreassen
Cand.jur. Agnieszka Bukowska-Nielsen
Cand.jur. Katrine Rose
Kontorchef, cand.jur. Helene Rossing
Chefjurist Anne-Mette Worch

Arbejdsmarkedspension:

Forsikringsdirektør Joan Alsing
Juridisk konsulent Merete Hesselbjerg
Direktør Annegrete Birck Jakobsen
Skadecchef Pia Larsen

Rejseforsikring:

Kvalitetskonsulent, cand.jur. Mette Rubæk Christensen
Skadebehandler Tine Hindsgaul
Teamleder Peter Wittwer

Lystfartøjsforsikring:

Afdelingschef Michael Kjær
Afdelingsleder Sven Holmbo Sørensen

Ejerskifteforsikring:

Cand.jur. Helene Vogt Ibsen
Kvalitetskonsulent Keld Løgstrup-Nielsen
Advokat Klaus Rasmussen
Jurist Sine Nanna Sibbersen
Jurist, ejerskifteskade Merete Toxborg

2.3 Nævnets sekretariat

Nævnets sekretariat bestod pr. 1/4 2017 af:

Direktør Kim Sparlund
Kontorchef Carsten Sennels
Fuldmægtig Michael Forum Askgaard
Fuldmægtig Jacob Glenstrup
Fuldmægtig Mette Jakobsen
Fuldmægtig Anne Sofie Skoubo Kristensen
Fuldmægtig Anne Helene Küseler
Fuldmægtig Anna Moth
Fuldmægtig Susanne Rahbek Rasmussen
Fuldmægtig Christina Louise Heede Sørensen
Sekretær Hanne Englev
Kontorassistent Lene Bruus-Jensen
Kontorassistent Mette Eisenhardt
Kontorassistent Lisbeth Ingemarsson
Bogholder Eva Poulsen
Studerende Mads Abildgaard
Studerende Simon Akselsen

2.4 Revisor

Nævnets regnskab revideres af Ernst & Young P/S (CVR. 30700228)

3. ANKENÆVNETS VIRKSOMHED

I 2016 blev der registreret 1.351 nye klager samt rettet 3.341 forespørgsler til nævnets sekretariat. Sagsantallet er:

	Antal 2016	Antal 2015
Sager primo året	591	1.201
Nye klager	1.351	1.389
<u>Antal sager til behandling</u>	<u>1.942</u>	<u>2.590</u>

Sagerne fordeler sig således:

Sekretariatsafsluttede sager	237	296
Nævnsafsluttede sager	1.015	1.703
Uafsluttede sager ved årets udgang	690	591
<u>I alt</u>	<u>1.942</u>	<u>2.590</u>

Siden nævnets start i 1975 har antallet af sager udviklet sig således:

	Indkomne sager:	Nævnsbehandlede sager:	Sekretariatsbehandlede sager:	Forespørgsler:
1975	360	61	94	256
1980	2.072	898	666	1.968
1985	2.274	1.790	788	2.495
1990	2.212	1.753	609	3.031
1995	2.497	1.941	584	3.422
2000	2.764	2.052	677	3.916
2005	2.657	2.094	631	5.633 *
2010	2.095	1.494	377	5.233 *
2011	2.068	1.688	420	5.671 *
2012	1.934	2.107	373	5.399 *
2013	1.733	1.429	292	4.857 *
2014	1.868 ²	1.315	325	4.431 *
2015	1.389	1.703	296	4.029 *
2016	1.351	1.015	237	3.341 *

* Tallet indeholder også henvendelser vedrørende løbende sager – se skema 3.5.

² I tallet 1.868 indkomne sager indgår 330 ensartede klager over en særlig problemstilling i ét selskab.

Indkomne/afsluttede sager fordelt efter branche

Branche	Antal	%	Antal	%	Antal	%
	Indkomne 2016		Afsluttet 2016		Afsluttet 2015	
Ejerskifteforsikring	248	18,4	218 ³	17,4	239	12,0
Ulykkesforsikring	236	17,5	214	17,1	255	12,8
Livs- og pensionsforsikring	170	12,6	173	13,8	603	30,1
Motorkøretøjsforsikring (bortset fra retshjælp)	155	11,5	135	10,8	184	9,2
Familieforsikring (bortset fra ansvar og retshjælp)	116	8,6	102	8,1	173	8,7
Hus- og grundejerforsikring (bortset fra ansvar og retshjælp)	109	8,1	101	8,1	152	7,6
Rejseforsikring	64	4,7	51	4,1	67	3,3
Kritisk sygdom	59	4,4	60	4,8	66	3,3
Retshjælpsforsikring	48	3,6	53	4,2	56	2,8
Arbejdsmarkedspension	32	2,4	40	3,2	64	3,2
Sygeforsikring	22	1,6	20	1,6	26	1,3
Husdyrforsikring (bortset fra ansvar)	18	1,3	18	1,4	15	0,8
Arbejdsløshedsforsikring	18	1,3	14	1,1	24	1,2
Lystfartøjsforsikring (bortset fra retshjælp)	14	1,0	17	1,4	16	0,8
Totalforsikring	9	0,6	11	0,9	18	0,8
Ansvarsforsikring	8	0,6	7	0,6	13	0,7
Byggeskade	5	0,4	2	0,2	3	0,1
Diverse	3	0,2	3	0,2	10	0,5
Ingen	17	1,2	13	1,0	15	0,8
I alt	1.351	100,0	1.252	100,0	1.999	100,0

³ Et forsikringselskab, som primært solgte ejerskifteforsikringer, gik i 2016 konkurs, hvilket har betydet, at nævnet i en periode i 2016 samt 2017 måtte sætte sagsoplysningen – og dermed afgørelsen – af disse sager i bero, indtil sagerne kunne viderebehandles af Garantifonden for Skadesforsikringselskaber.

3.1 Nævnets sagsbehandlingstid

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i 2016 for de 1.252 afsluttede sager var 5,1 måneder. I 2015 var den gennemsnitlige sagsbehandlingstid på 6,6 måneder.

For samtlige sager, der blev afsluttet i 2016, er sagsbehandlingstiden:

Inden for	Antal 2016	% 2016	Sum % 2016	Sum % 2015
4 måneder	489	39,0	39,0	20,5
4-6 måneder	430	34,4	73,4	47,5
6-8 måneder	189	15,1	88,5	67,5
8-10 måneder	64	5,1	93,6	91,7
10-12 måneder	21	1,7	95,3	95,2
efter 12 måneder	59	4,7	100,0	100,0

Dette er ensbetydende med, at 73,4 % af sagerne var afsluttet inden for 6 måneder, og at 88,5 % af sagerne var afsluttet inden for 8 måneder. I 2015 var tallene henholdsvis 47,5 % og 67,5 %. I 2014 var tallene henholdsvis 27,9 % og 65,2 %.

Sagsbehandlingstiden er i høj grad afhængig af, hvor mange gange klageren og selskabet i en klagesag ønsker at kommentere på modpartens indlæg, samt hvor hurtigt parterne svarer – herunder hvor gode parterne er til at overholde de af nævnet fastsatte svarfrister. Af disse grunde kan man næppe forvente at se en tilsvarende nedbringelse i andelen af sager, hvor sagsbehandlingstiden er 12 måneder eller derover. Andelen af sager der var afsluttet inden for 12 måneder var i 2016 på 95,3 %, mens tallet i 2015 var 95,2 % og i 2014 var tallet 94,2 %.

To forhold i 2016 betyder, at man må forvente, at de gennemsnitlige sagsbehandlingstider i 2017 vil være højere end de gennemsnitlige sagsbehandlingstider i 2016. For det første indførte postvæsenet i sensommeren 2016 forlængede postomdelingstider, hvilket indebærer en ikke ubetydelig forlængelse af den tid det tager, at få en sag oplyst af parterne. For det andet gik et forsikrings-selskab konkurs i 2016, hvilket betød, at nævnet i en periode måtte sætte sagsoplysningen – og dermed afgørelsen – af disse sager i bero, indtil sagerne i februar/marts 2017 kunne viderebehandles af Garantifonden for Skadesforsikrings-selskaber.

Nævnet har afgjort 1.015 sager i 2016. I 1.010 af disse sager har nævnet truffet afgørelsen inden for 90 dage fra det tidspunkt, hvor sagen var fuldt oplyst. I 2 sager har nævnet truffet afgørelse inden for 100 dage. I 2 andre sager har nævnet truffet afgørelse inden for 120 dage, mens nævnet i den sidste sag traf afgørelse inden for 140 dage. Årsagen til de lidt længere sagsbehandlingstider i disse 5 sager var for 4 af sagernes vedkommende, at nævnet ønskede af få behandlet disse sager med deltagelse af særligt sagkyndige nævnsmedlemmer, hvorfor de 4 sager måtte drøftes på 2 nævnsmøder, hvilket forlængede sagsbehandlingstiden. For en sag var der tale om en sagsbehandlingsfejl.

3.2 Resultat af nævns- og sekretariatsafsluttede sager, herunder medholdsprocenter

Sekretariatsafsluttede sager:	Antal	%	Antal	%
	2016		2015	
1.1 Klagen angår et andet forsikrings-selskab, end det klageren har indgået af-tale med	14	1,1	7	0,3
1.2 Klagen omhandler en erhvervsforsik-ring	12	1,0	7	0,3
1.3 Klageren har ikke indbetalt klagegebyr	19	1,5	4	0,2
1.4 Klageren har ikke indsendt klageskema eller har i øvrigt ikke reageret på næv-nets henvendelser	8	0,6	46	2,3
1.5 Klageren havde ikke forudgående kla-get til selskabet	39	3,1	49	2,5
1.6 Klagen hører under andet tvistløs-ningsorgan, behandles af andet tvist-løsningsorgan eller er afgjort ved dom, voldgift eller retsforlig	20	1,6	12	0,6
1.7 Klagen er afvist til behandling ved nævnets formand	2	0,1	0	0
I alt indstillede sager	114	9,1	125	6,2
2.1 Klageren har tilbagekaldt klagen	20	1,6	19	1,0
2.2 Opgivet af klageren efter sagkyndig udtalelse	17	1,3	28	1,4
Klageren har tilbagekaldt sagen, inden sagen er klar til nævnet	37	3,0	47	2,4
3.1 Selskabet har opfyldt klagen	80	6,3	112	5,6
3.2 Selskabet har opfyldt klagen efter sagkyndig udtalelse	6	0,8	12	0,6
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	86	6,9	124	6,2
I alt sekretariatsafsluttede sager	237	18,9	296	14,8
Nævnsafsluttede sager:				
4.1 Nævnet ikke kompetent til at afgøre sagen (§ 2-3)	5	0,4	0	0,0
4.1 Ikke egnet til afgørelse (§ 4)	13	1,0	17	0,9
I alt ikke materielt afgjorte sager af nævnet	255	20,4	313	15,7

5.1 Selskab medhold	797	63,6	1.458	72,9
5.2 Klager delvist medhold	69	5,5	72	3,6
5.3 Klager medhold	131	10,5	156	7,8
I alt materielt afgjorte sager af nævnet	997	79,6	1.686	84,3
I alt afsluttede sager	1.252	100,0	1.999	100,0

I 2016 lukkede eller afviste sekretariatet 114 sager på grund af forhold hos klageren.

Nævnet var ikke kompetent til at afgøre 5 sager, fordi selskabet havde indgået lovlige aftaler med de pågældende klager om, at en anden instans' afgørelse var bindende for parterne.

Nævnet fandt endvidere, at 13 sager ikke var egnet til behandling ved nævnet på grund af usikkerheden om bedømmelsen af de fremkomne faktiske oplysninger.

Ser man bort fra disse sager bliver resultatet af nævns- og sekretariatsbehandlede sager følgende:

Udfald af sagen	Antal		%	
	2016		2015	
Selskab medhold	797	71,1	1.458	78,5
Klager delvist medhold	69	6,2	72	3,9
Klager medhold	131	11,7	156	8,4
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	86	7,7	124	6,7
Klager har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	37	3,3	47	2,5
I alt	1.120	100,0	1.857	100,0

I 25,6 % af tilfældene skete der en ændring til fordel for klageren set i forhold til den afgørelse, klageren oprindeligt havde fået i sit forsikringselskab. Procenten var i 2014 og 2015 henholdsvis 25,2 % og 23 %.

3.3 Resultat af nævnsafsluttede sager, herunder antal dissenser

Udfald	Antal	%	Antal	%
	2016		2015	
Afvist (§ 2-3)	5	0,5	-	-
Afvist (§ 4)	13	1,3	17	1,0
Selskab medhold	797	78,5	1.458	85,6
Klager delvist medhold	69	6,8	72	4,2
Klager medhold	131	12,9	156	9,2
I alt	1.015	100,0	1.703	100,0

I 5 sager kunne nævnet ikke træffe afgørelse i klagesagen, idet sagerne allerede var afgjort ved gyldig bindende voldgift eller lignende.

I 13 sager ønskede nævnet ikke at træffe afgørelse, idet nævnet fandt, at sagerne ikke var egnede til behandling ved nævnet på grund af usikkerheden om bedømmelsen af de fremkomne faktiske oplysninger.

I 2016 var nævnsmedlemmerne i 39 sager ikke enige om udfaldet af sagen, hvorfor et mindretal afgav en mindretalsudtalelse – en dissens. Det svarer til, at der blev afgivet dissens i 3,8 % af de nævnsafgjorte sager. I 2015 og 2014 blev der afgivet dissens i henholdsvis 3,5 % og 5,5 % af de nævnsafgjorte sager.

3.4 Nævns- og sekretariatsafsluttede sager fordelt på branche

Nævns- og sekretariatsafsluttede sager, fordelt på branche og med angivelse af, om der er sket en ændring til fordel for klageren.

Ejerskifteforsikring	Antal	%	Antal	%
	2016		2015	
Selskab medhold	132	63,8	159	67,7
Klager delvist medhold	32	15,4	25	10,6
Klager medhold	23	11,1	25	10,6
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	13	6,3	20	8,5
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	7	3,4	6	2,6
I alt	207	100,0	235	100,0

Ulykkesforsikring	Antal	%	Antal	%
	2016		2015	
Selskab medhold	151	75,1	177	72,5
Klager delvist medhold	3	1,5	1	0,4
Klager medhold	18	9,0	16	6,6
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	11	5,4	24	9,8
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	18	9,0	26	10,7
I alt	201	100,0	244	100,0

Livs- og pensionsforsikring	Antal	%	Antal	%
	2016		2015	
Selskab medhold	117	71,3	532 ⁴	90,3
Klager delvist medhold	5	3,0	9	1,5
Klager medhold	26	15,9	29	4,9
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	14	8,6	15	2,6
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	2	1,2	4	0,7
I alt	164	100,0	589	100,0

⁴ Da nævnet i 2015 afgjorde 330 ensartede klager over en særlig problemstilling i ét selskab, hvor selskabet fik medhold, har medholdsprocenten i 2015 været højere end i de foregående år.

Motorkøretøjsforsikring	Antal		Antal	
	2016	%	2015	%
Selskab medhold	84	78,5	118	72,8
Klager delvist medhold	5	4,7	7	4,3
Klager medhold	9	8,4	26	16,1
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	7	6,5	10	6,2
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	2	1,9	1	0,6
I alt	107	100,0	162	100,0

Familieforsikring	Antal		Antal	
	2016	%	2015	%
Selskab medhold	71	78,0	127	80,9
Klager delvist medhold	6	6,6	9	5,7
Klager medhold	8	8,8	13	8,3
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	5	5,5	8	5,1
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	1	1,1	-	-
I alt	91	100,0	157	100,0

Hus- og grundejerforsikring	Antal		Antal	
	2016	%	2015	%
Selskab medhold	65	73,9	99	73,3
Klager delvist medhold	6	6,8	12	8,9
Klager medhold	10	11,4	6	4,5
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	4	4,5	17	12,6
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	3	3,4	1	0,7
I alt	88	100,0	135	100,0

Kritisk sygdom	Antal		Antal	
	2016	%	2015	%
Selskab medhold	46	80,7	57	86,4
Klager delvist medhold	-	-	1	1,5
Klager medhold	4	7,0	2	3,0
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	7	12,3	5	7,6
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	-	-	1	1,5
I alt	57	100,0	66	100,0

Retshjælp	Antal		Antal	
	2016	%	2015	%
Selskab medhold	33	70,2	41	85,4
Klager delvist medhold	1	2,1	-	-
Klager medhold	9	19,1	5	10,4
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	2	4,3	-	-
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	2	4,3	2	4,2
I alt	47	100,0	48	100,0

Rejseforsikring	Antal		Antal	
	2016	%	2015	%
Selskab medhold	26	57,8	42	68,8
Klager delvist medhold	3	6,7	2	3,3
Klager medhold	7	15,5	10	16,4
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	9	20,0	7	11,5
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	-	-	-	-
I alt	45	100,0	61	100,0

Arbejdsmarkedspension	Antal		%	
	2016		2015	
Selskab medhold	29	74,4	44	75,9
Klager delvist medhold	2	5,1	1	1,7
Klager medhold	4	10,3	5	8,6
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	3	7,7	5	8,6
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	1	2,2	3	5,2
I alt	39	100,0	58	100,0

Sygdomsforsikring	Antal		%	
	2016		2015	
Selskab medhold	9	47,4	13	52,0
Klager delvist medhold	-	-	1	4,0
Klager medhold	6	31,6	5	20,0
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	3	15,8	3	12,0
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	1	5,2	3	12,0
I alt	19	100,0	25	100,0

Husdyrforsikring	Antal		%	
	2016		2015	
Selskab medhold	12	70,6	9	64,3
Klager delvist medhold	3	17,6	2	14,3
Klager medhold	1	5,9	1	7,1
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	1	5,9	2	14,3
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	-	-	-	-
I alt	17	100,0	14	100,0

Lystfartøjsforsikring	Antal		%	
	2016		2015	
Selskab medhold	9	64,3	12	80,0
Klager delvist medhold	2	14,3	-	-
Klager medhold	2	14,3	2	13,3
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	1	7,1	1	6,7
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	-	-	-	-
I alt	14	100,0	15	100,0

Arbejdsløshedsforsikring	Antal		%	
	2016		2015	
Selskab medhold	8	66,8	15	65,3
Klager delvist medhold	-	-	1	4,3
Klager medhold	2	16,6	6	26,1
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	2	16,6	1	4,3
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	-	-	-	-
I alt	12	100,0	23	100,0

Totalforsikring	Antal		%	
	2016		2015	
Selskab medhold	3	37,5	4	36,4
Klager delvist medhold	1	12,5	1	9,1
Klager medhold	1	12,5	1	9,1
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	3	37,5	5	45,4
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	-	-	-	-
I alt	8	100,0	11	100,0

Ansvarsforsikring	Antal	%	Antal	%
	2016		2015	
Selskab medhold	2	100,0	5	55,6
Klager delvist medhold	-	-	-	-
Klager medhold	-	-	3	33,3
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	-	-	1	11,1
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	-	-	-	-
I alt	2	100,0	9	100,0

Byggeskadeforsikring	Antal	%	Antal	%
	2016		2015	
Selskab medhold	-		2	66,7
Klager delvist medhold	-		-	-
Klager medhold	1	50,0	1	33,3
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	1	50,0	-	-
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	-		-	-
I alt	2	100,0	3	100,0

3.5 Antal henvendelser

Henvendelsens karakter	Telefon	Personligt	Mail	I alt
Klageskema sendt	13	1		14
Forespørgsel besvaret	1.874	10	275	2.159
Forespørgsel til løbende sag	1.164	4		1.168
I alt	3.051	15	275	3.341

Det behandlede antal henvendelser i 2015 var 4.029.

3.6 Internationalt samarbejde

Ankenævnet for Forsikring er anmeldt til EU-Kommissionen som en alternativ tvistbilæggelsesinstans (ATB-instans), der kan behandle klager, som en forbruger indgiver via Europa-Kommissionens online tvistbilæggelsesplatform (OTB-platform), jf. forordning nr. 524/2013 af 21. maj 2013. Klager, der indgives via OTB-platformen, behandles på samme måde og efter samme regler som klager, der i øvrigt indgives til Ankenævnet for Forsikring – eksempelvis via nævnets hjemmeside eller via www.forbrug.dk.

OTB-platformen er primært tænkt som en platform, som en forbruger kan anvende, når forbrugeren ønsker at klage over en erhvervsdrivende, som er etableret i et andet land end forbrugeren, og som dermed har leveret en grænseoverskridende tjenesteydelse til forbrugeren.

Nævnet har i 2016 ikke modtaget eller behandlet grænseoverskridende klager via OTB-platformen.

Ankenævnet er tillige med i et fælleseuropæisk klagenetværk (FIN-NET). Netværket, der er beregnet på grænseoverskridende klager inden for det finansielle område, holder regelmæssigt møder, hvor de tilsluttede klageorganer og EU-Kommissionen gør status og udveksler erfaring om brugen af netværket. Netværket kan findes på adressen

http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_en.htm

Ankenævnet deltager endvidere i international erfaringsudveksling gennem medlemskab af International Network of Financial Services Ombudsman Schemes. Netværket kan findes på www.networkfso.org.

4. EFTERLEVELSE AF NÆVNETS KENDELSER

Forsikringselskaberne kan – inden 30 dage efter forkyndelse af nævnets afgørelse – nægte at følge en afgørelse, der helt eller delvis har givet en klager medhold (en såkaldt anfægtet sag). Anfægter forsikringselskabet en afgørelse, vil nævnet orientere klageren om muligheden for at indbringe sagen for domstolene og opnå retshjælpsdækning eller fri proces. I 2016 anfægtede forsikringselskaberne i 9 afgørelser.

De anfægtede sager har udviklet sig således:

Overførte, uafklarede sager ultimo 2015	16
Nye tilkomne sager 2016	9
I alt	25
Afsluttede i 2016	10
Til rest, uafsluttede ultimo 2016	15

I perioden 1. oktober 1980, hvor ordningen trådte i kraft, til 31. december 2016 er i alt afsagt 62.792 afgørelser, hvoraf klageren i 10.167 sager har fået helt eller delvist medhold. Af disse sager har selskaberne nægtet at efterleve 830 afgørelser, hvilket svarer til 8,2 %. Af de 830 sager var 815 afsluttet ved udgangen af 2016, mens 15 var uafsluttede.

Nævnet har ikke mulighed for at registrere, i hvilket omfang klagerne, der ikke har fået medhold, efterfølgende indbringer sagen for domstolene. Der er i afsnit 4.4 bagest i årsberetningen gengivet et udvalg af domme i sådanne sager, som nævnet har fået kendskab til.

Nedenfor fremgår antallet af anfægtede sager pr. år:

	Anfægtede sager	% af sager, som klageren helt eller delvist har vundet
1991	37	12,1
1992	36	11,9
1993	40	13,6
1994	32	9,9
1995	23	7,8
1996	22	7,5
1997	14	4,4
1998	22	6,9
1999	13	4,5
2000	15	4,7
2001	21	7,2
2002	8	3,0
2003	14	5,2
2004	10	3,7
2005	26*)	7,3

2006	16	6,1
2007	17	5,2
2008	16	5,3
2009	18	6,8
2010	19	7,1
2011	30	9,6
2012	28	8,2
2013	10	3,9
2014	18	7,4
2015	14	6,1
2016	9	4,5

*) heraf 7 sager vedrørende samme problemstilling.

For de ovenfor nævnte 815 anfægtede og afsluttede sager er det gået således:

	Antal i alt	%	Antal 2016
Klager medhold igen: Ved dom, ved retsforlig eller ved, at selskabet tog bekræftende til genmæle, eller ved, at selskabet betalte pr. kulance.	463	56,8	5
Forligt*	53	6,5	2
Selskab medhold	105	12,9	3
Klager opgav sagen	194	23,8	0
I alt	815	100,0	10

* Forlig, hvor selskaberne fuldt ud eller i det væsentlige har opfyldt klagerens krav, er registreret som klager medhold.

Af de 621 sager, som klagerne ikke opgav, fik klagerne helt eller delvist medhold igen i 516 sager, hvilket svarer til 83,1 %. Selskaberne fik fuldt medhold i 105 af de sager, der blev ført videre, hvilket svarer til 16,9 %.

4.1 Status på sager, som selskaberne anfægtede i 2016

Selskaberne anfægtede i 2016 9 sager. 5 sager var pr. 1/3 2017 indbragt for retten og gengives derfor ikke.

Af de tilbageværende 4 sager er 1 sag blevet forligt på vilkår, der svarer til udfaldet af ankenævnets kendelse. I 3 sager er det uvist, om de videreføres for domstolene. De 4 sager er:

4.1.1 Afgørelse 88.847 af 3/5 2016

Arbejdsmarkedspension. Skandia Danmark

Spørgsmål om selskabet kunne standse udbetalingen af helbredsbedingede ydelser pr. 1/10 2015 med henvisning til, at klagerens generelle erhvervsevne ikke længere var nedsat med halvdelen eller derover. Endvidere spørgsmål om selska-

bet var berettiget til at kræve tilbagebetaling af ydelser for perioden fra den 1/8 2014 til den 30/9 2015, og om selskabet kunne opsige hele klagerens arbejdsmarkedspensionsordning. Nævnet kunne på baggrund af bl.a. udskrifter fra klagerens åbne Facebookprofil og hjemmesider fra sportsklubber, der viste et højt aktivitetsniveau, ikke kritisere, at selskabet standsede ydelserne. For så vidt angik spørgsmålet, om selskabet havde ret til at kræve tilbagebetaling af ydelser, fandt nævnet, at det ikke havde adgang hertil. Nævnet henviste til, at det ikke var godtgjort, at klageren bevidst havde afgivet urigtige oplysninger om sine helbredsforhold, og at det var betænkeligt at fastslå, at hun ikke havde været i god tro om sin ret til ydelser. Nævnet fandt endvidere, at selskabet ikke var berettiget til at bringe pensionsordningens forsikringsdækninger til ophør. Klageren fik derfor delvist medhold.

Selskabet anfægtede afgørelsen og anførte, at det var uenig i, at det ikke var berettiget til at opsige forsikringsdækningerne og til at søge det udbetalte tilbagebetalt.

Det er uvist, om sagen føres videre for domstolene.

4.1.2 Afgørelse 88.918 af 3/5 2016

Individuel Pension. Danica Pension

Selskabet standsede udbetalingen af løbende invalideydelser pr. juli 2015. Klageren havde siden 2011 modtaget invalidepension og præmiefritagelse som følge af sygdom. I 2013 varslede selskabet, at det særlige økonomiske kriterium vedrørende indregning af offentlige ydelser ved vurderingen af erhvervsevnetab ville ophøre, men at dette ikke ville få virkning, så længe forsikringen var under udbetaling. I 2015 fik klageren fleksjob, og selskabet standsede udbetalingen af invalidepensionen med henvisning til, at han herefter ikke havde en lønnedgang på mindst halvdelen. Selskabet meddelte klageren præmiefritagelse indtil forsikringens ophør og anførte, at klageren derfor ikke var omfattet af de nye vilkår, da forsikringen herefter stadig var under udbetaling. Nævnet fandt, at selskabets bevilling af præmiefritagelse til forsikringens ophør ikke var hjemlet i forsikringsbetingelserne, og at klageren derfor havde ret til at blive stillet, som om han igen skulle indbetale på ordningen. Selskabet skulle derfor anerkende, at ændringen af betingelserne var trådt i kraft for klagerens vedkommende og genoptage sagsbehandlingen.

Selskabet anfægtede kendelsen og anførte, at Ankenævnets kendelse byggede på en fejlagtig antagelse om, at selskabet vedrørende præmiefritagelsen havde hjemmel til at indregne offentligt tilskud til fleksjobbet i indtjeningsgrundlaget. Modsat hvad der gjaldt for de løbende invalideydelser, havde selskabet ikke haft en sådan regel vedrørende klagerens ret til præmiefritagelse, og den varslede ændring gjaldt derfor heller ikke for præmiefritagelsen. Det var derfor korrekt og i overensstemmelse med aftalegrundlaget, at selskabet havde fortsat præmiefritagelsen.

Ifølge klagerens advokat er sagen forligt på vilkår svarende til nævnets kendelse.

4.1.3 Afgørelse 89.218 af 3/8 2016

Ejerskifteforsikring. Gable Insurance AG

Selskabet havde afvist at dække udgifterne til fjernelse og rensning af klagerens loft, der var forurenet af asbeststøv og asbestsporer i fri form. Forureningen var opstået i forbindelse med, at den tidligere ejer havde fået ejendommens tag af asbesteternit højtryksspulet. Selskabets ingeniør oplyste, at loftrummet ikke måtte benyttes. Nævnet fandt, at det udgjorde en dækningsberettigende skade, at et loftrum ikke måtte benyttes på grund af den betydelige sundhedsfare, som asbestfibre/asbeststøv i fri form udgjorde.

Selskabet anfægtede kendelsen og anførte, at det var uenig i, at forholdet var at anse som en skade i ejerskifteforsikringens forstand.

Det er uvist, om sagen føres videre for domstolene, eller om Garantifonden for Skadeforsikringselskaber efter Gable Insurance AG's konkurs giver dækningstilsagn.

4.1.4 Afgørelse 89.321 af 14/12 2016

Individuel Pension. Skandia Danmark.

Klagerens forsikringsdækninger ophørte den 1/11 2013, da klageren ikke tegnede fortsættelsesforsikring. Selskabet havde standset udbetalingen af helbredsbetingsede ydelser pr. 1/7 2013. Klageren gjorde gældende over for nævnet, at hendes erhvervsevne var nedsat i dækningsberettigende grad inden den 1/11 2013. Nævnet fandt det efter en samlet vurdering godtgjort, at klagerens generelle erhvervsevne inden den 1/11 2013 var nedsat med halvdelen eller derover. Nævnet lagde blandt andet vægt på det oplyste om klagerens helbredsforhold og arbejdsprøvninger forud for og efter den 1/11 2013.

Selskabet anfægtede kendelsen med henvisning til, at det var uenigt i, at klagerens erhvervsevne forud for den 1/11 2013 var nedsat med over halvdelen.

Det er uvist, om sagen føres videre for domstolene.

4.2 Anfægtede sager, der er afgjort ved endelig dom i 2016

5 af de 10 anfægtede sager – der blev afsluttet i 2016 – er blevet endelig afgjort ved dom. Klageren har fået helt eller delvist medhold i 2 af disse retssager, mens selskabet er frifundet i 3 retssager. De øvrige 5 anfægtede sager blev i 2016 forligt, jf. afsnit 4.3. Klagerne har således fået noget ud af at klage i 7 ud af de 10 anfægtede sager, som blev endeligt afsluttet i 2016. Nedenfor omtales de 5 retssager.

1 retssag vedrørte, om der var årsagssammenhæng mellem klagerens gener og et anmeldt ulykkestilfælde. Selskabet blev frifundet. Der var under retssagen indhentet udtalelse fra Retslægerådet. Der henvises til afsnit 4.2.1.

1 retssag angik, om diagnosekravene ved kritisk sygdom var opfyldt. Selskabet blev frifundet. Der var under retssagen indhentet udtalelse fra Retslægerådet. Der henvises til afsnit 4.2.2.

1 retssag vedrørte, om et tilsagn, selskabet havde givet om størrelsen af klagerens livrente, der viste sig at være fejlbehæftet, var bindende for selskabet. Klageren fik medhold. Der henvises til afsnit 4.2.3.

1 retssag angik størrelsen af den erstatning, som klageren kunne kræve for mistet indbo i forbindelse med en brand, og om selskabet var berettiget til at foretage forholdsmæssigt fradrag i erstatningen med henvisning til, at klageren var i præmierestance. Klageren fik delvist medhold. Der henvises til afsnit 4.2.4.

1 retssag angik, om klagerens generelle erhvervsevne var nedsat i dækningsberettigende grad. Selskabet blev frifundet. Der henvises til afsnit 4.2.5.

4.2.1 Afgørelse 75.738 af 18/1 2010

Ulykkesforsikring. If Skadeforsikring

For nævnet vedrørte sagen i første række, om det kunne anses for at være et ulykkestilfælde i forsikringsbetingelsernes forstand at række armen bagud efter en telefon. I anden række havde selskabet anført, at der ikke var årsagssammenhæng mellem klagerens gener og det anmeldte ulykkestilfælde.

Nævnet udtalte blandt andet:

"Det er vel tvivlsomt, om en begivenhed som den beskrevne kan anses for en pludselig hændelse, der forårsager personskade, men henset til beskrivelsen i forsikringsoversigten, hvor den nye ulykkesdefinition beskrives, og hvor der som eksempel på en dækningsberettigende skade anføres personskade, som skyldes vrid i ryg og nakke, finder nævnet, at selskabet er forpligtet til at dække den anmeldte skade.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, If Skadeforsikring, skal anerkende, at den anmeldte skade er dækningsberettigende som et ulykkestilfælde, og skal genoptage sagsbehandlingen med henblik på at vurdere årsagssammenhæng, herunder forelægge sagen for Arbejdsskadestyrelsen uden udgift for klageren."

Selskabet ønskede ikke at følge afgørelsen, idet selskabet var uenigt i, at det passede kunne anses som et dækningsberettigende ulykkestilfælde. Retten i Århus udtalte i dom af 3/2 2016 blandt andet:

"Efter bevisførelsen, herunder navnlig Retslægerådets besvarelse, finder retten ikke, at sagsøgeren har løftet sin bevisbyrde for, at der er årsagssammenhæng mellem hændelsen den 25. august 2006 og sagsøgerens varige gener. Sagsøgte frifindes derfor for den nedlagte påstand.

...

Thi kendes for ret:

Sagsøgte, If Forsikring, frifindes for den af sagsøgeren, [klageren], nedlagte påstand."

4.2.2 Afgørelse 79.637 af 13/2 2012

Kritisk Sygdomsforsikring. Danica Pension

Sagen vedrørte, om klageren var berettiget til udbetaling af summen ved kritisk sygdom. Selskabet havde anført, at det ifølge betingelserne var nødvendigt for at opnå dækning, at det ved operation ikke havde været muligt at fjerne hypofyse-tumoren. Klageren var ikke blevet opereret, da en operation på grund af klagerens livslange brug af blodfortyndende medicin var "ekstremt farlig".

Af forsikringsbetingelserne fremgik blandt andet:

"1. Kræft

2. Visse godartede svulster i hjerne og rygmarv

...

2. Visse godartede svulster i hjerne og rygmarv

Forsikringen dækker godartede svulster i hjernen og rygmarven – herunder også i hinderne – hvis det ikke har været muligt at fjerne svulsterne helt ved en operation.

Desuden dækker forsikringen, hvis den forsikrede bliver 30 procent invalid på grund af følgetilstande i nervesystemet efter en operation. Graden af invaliditet beregnes efter Arbejdsskadestyrelsens tabel (méntabel 2004). Vi udbetaler dækningen, når det har været muligt at vurdere følgetilstanden."

Nævnet udtalte blandt andet:

"Ifølge de gengivne forsikringsbetingelser er det en betingelse for udbetaling af forsikringssummen, at det ikke har været muligt at fjerne svulsten ved en operation.

Klageren er ikke blevet opereret for hypofysetumoren. Ifølge speciallægeerklæringen af 1/9 2010 må det imidlertid lægges til grund, at der som følge af svulstens fortsatte vækst er betydelig risiko for alvorlige følgevirkninger, hvis svulsten ikke fjernes, men at det på grund af klagerens livslange blodfortyndende behandling er 'ekstremt farligt' at operere ham.

På denne baggrund finder nævnets flertal, at klageren opfylder forsikringsbetingelserne, og at selskabet derfor skal yde ham forsikringsdækning.

Nævnets mindretal finder, at betingelserne for dækning ikke er opfyldt, da der ikke er foretaget operation.

Efter udfaldet af stemmeafgivningen

b e s t e m m e s :

Selskabet, Danica Pension, skal yde klageren dækning ved kritisk sygdom."

Selskabet ønskede ikke at følge afgørelsen. Københavns Byret udtalte i dom af 8/10 2014 blandt andet:

"Rettens begrundelse og afgørelse.

Det lægges efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3 til grund, at en operation ikke er indiceret på nuværende tidspunkt, idet sagsøgeren ikke har symptomer ud over delvist hypofyseinsufficiens i form af lavt testosteronniveau, som korrigeres medicinsk, og idet der er relativ kontraindikation for operation, da sagsøgeren er i livslang blodfortyndende behandling efter hjerteklapoperationen. Hvis hypofyseadenomet vokser og medfører synspåvirkning vil operation være indiceret.

Det fremgår af de sagsørgtes forsikringsbetingelser, at sagsøgerens diagnose kan give ret til udbetaling af forsikringsydelse under kritisk sygdom. Det er imidlertid en udtrykkelig betingelse, at tumoren ikke har kunnet fjernes helt ved operation. Da sagsøgeren ikke har gennemført en operation, og da det efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 5 og 6 må lægges til grund, at det er muligt at gennemføre en operation, er betingelserne for udbetaling ikke opfyldt. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 9, hvorefter det i tilfælde af operation ikke vil være muligt at fjerne tumoren helt, kan heroverfor ikke føre til andet resultat.

Der er ikke grundlag for at antage, at det vil være i strid med redelig handle-måde at håndhæve kravet om operation, jf. herved at operation ikke er læge-ligt indiceret på nuværende tidspunkt, og idet det for så vidt angår sagsøgte ... endvidere bemærkes, at der ved forsikringsbetingelserne pr. 1. oktober 2007 ikke findes at være sket en lempelse af betydning for nærværende sag.

Herefter tages de sagsørgtes frifindelsespåstande til følge.

...

Thi kendes for ret:

...

Danica Pension – Skadeafdelingen frifindes."

Sagen blev anket til landsretten. I dom af 30/5 2016 udtalte Østre Landsret blandt andet:

"Landsrettens begrundelse og resultat

Landsretten er enig i byrettens resultat og begrundelsen herfor. Landsretten stadfæster derfor byrettens dom.

...

Thi kendes for ret:

Byrettens dom stadfæstes."

4.2.3 Afgørelse 84.176 af 16/12 2013

Individuel Pension. Topdanmark Forsikring A/S

Sagen vedrørte, om et tilsagn, selskabet havde givet om størrelsen af klagerens livrente, der viste sig at være fejlbehæftet, var bindende for selskabet.

Nævnet udtalte blandt andet:

"Nævnet lægger til grund, at klageren i forbindelse med konkrete overvejelser om at gå på efterløn rettede henvendelse til selskabet for at få beregnet, hvilke udbetalinger hun ville få fra sine pensionsordninger.

Det fremgår af dækningsoversigten med beregninger af klagerens pensionsordninger dateret den 30/4 2010, at hun ved pensionering den 1/1 2013 vil få udbetalt en årlig livrente på 220.447 kr. Det fremgår endvidere, at beregningen i overensstemmelse med hendes ønske er foretaget med udgangspunkt i ophør af præmiebetaling den 1/7 2010, hvilket imidlertid ikke er korrekt, idet selskabet ved en fejl har foretaget beregningen med udgangspunkt i ophør af præmiebetaling den 1/1 2013.

Nævnet finder, at selskabets angivelse af den årlige ydelse i dækningsoversigten af 30/4 2010 må anses som et løfte, som nævnet ikke har grundlag for at antage, at klageren ikke har modtaget i god tro.

Nævnet finder endvidere, at selskabet ikke ved dækningsoversigten af 21/7 2010 og den efterfølgende mailkorrespondance har tilkendegivet tilstrækkeligt klart over for klageren, at den årlige ydelse, som fremgår af dækningsoversigten af 30/4 2010, er fejlagtig. Selskabet kan herefter først anses for at have tilbagekaldt løftet ved brev af 14/2 2011, hvor klageren allerede var overgået til efterløn.

På denne baggrund finder nævnet, at selskabet skal foretage årlige udbetalinger i henhold til dækningstilsagnet af 30/4 2010 og regulere beløbet under hensyntagen til de indbetalinger, som klageren har foretaget efter den 1/7 2010.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, Topdanmark Forsikring A/S, skal foretage årlige udbetalinger i henhold til dækningstilsagnet af 30/4 2010 og regulere beløbet under hensyntagen til de indbetalinger, klageren har foretaget efter den 1/7 2010."

Selskabet ønskede ikke at følge afgørelsen. Sagen blev indbragt for Glostrup Ret. Af rettens dom af 3/11 2015 fremgår blandt andet:

"Rettens begrundelse og afgørelse

Sagens første spørgsmål er, om den manuelt udarbejdede oversigt, af parterne kaldet 'oversigten af 30. april 2010', men som af [klageren] er påført datoen 30. april 2009, udgør et dækningstilsagn, som [klageren] kan støtte ret på.

[Klageren] tegnede som led i sin ansættelse hos Topdanmark Forsikring A/S en række pensionsordninger hos Topdanmark Livsforsikring A/S, herunder tegnede hun i 1999 den omhandlede livrente (ordning 222), der er karakteriseret ved, at man på baggrund af indbetalingerne til ordningen blandt andet er garanteret en fast årlig livrente frem til sin død.

Topdanmark Livsforsikring A/S sendte årlige dækningsoversigter til [klageren]. Af oversigt pr. 1. april 2009 vedrørende ordning 222 fremgik, at hun ved pensionering pr. 1. januar 2010 var garanteret en årlig livrente på 160.471 kr. og en forventet udbetaling på 173.010 kr. inklusiv bonus.

I april 2009 bad [klageren] om en række pensionsberegninger, og i slutningen af april 2009 havde hun et møde om sine pensioner med nu afdøde pensionsrådgiver ...

Den manuelt udarbejdede oversigt, som [klageren] gør gældende, udgør et bindende tilsagn, er udateret. [Klageren] har med håndskrift anført datoen 30. april 2009. Oversigten er som nævnt af parterne omtalt som oversigten af 30. april 2010. Om ordning 222 er i oversigten anført, at den livsvarige livrente med præmieophør pr. 1. juli 2010 og ved start af udbetaling 1. januar 2013 vil give en årlig ydelse før skat på 220.447 kr.

[Klageren] har forklaret, at det må være en fejl, når hun på oversigten har skrevet 30. april 2009. Beregningen dannede grundlaget for hendes beslutning om at sige op. Hun husker ikke præcist, hvornår hun sagde op. Det var nok i marts eller april 2010. Der var pr. 1. maj 2010 ansat en ny medarbejder, der skulle læres op i hendes funktioner. Hun fratrådte med udgangen af december 2010, men havde sidste arbejdsdag den 25. august 2010.

Efter begivenhedsforløbet, [klagerens] datering af oversigten og hendes forklaring omkring tidspunktet for hendes opsigelse tyder meget på, at oversigten faktisk er fra april 2009.

Der er enighed om, at oversigten er fejlbehæftet derved, at den angiver en årlig udbetaling på ordning 222 som baserer sig på en præmieindbetaling til 1. januar 2013 og ikke — som det fremgår af oversigten — til den 1. juli 2010.

Den 2. juli 2010 modtog [klageren] dækningsoversigt vedrørende ordning 222 dateret 2. juli 2010 beregnet pr. 1. juli 2010. Her var livrenten angivet korrekt. Hun ville med pensionering pr. 1. januar 2013 være garanteret en årlig livrente på 200.326 kr. og en forventet årlig ydelse på 217.038 kr. inklusiv bonus. De samme beløb fremgik af den oversigt, som [klageren] modtog med [pensionsrådgiver] ...'s mail af 21. juli 2010, som hun samme dag reagerede på.

Efter en samlet vurdering af oplysningerne og forløbet i sagen finder retten, at oversigten, der formentlig er fra 30. april 2009, ikke udgør et bindende tilsagn om udbetaling af 220.447 kr. årligt med virkning fra den 1. januar 2013, som [klageren] kan støtte ret på, hvis hun i øvrigt måtte have været i god tro omkring fejlen i oversigten.

...

Thi kendes for ret:

Topdanmark Livsforsikring A/S frifindes."

Sagen blev anket til landsretten. I dom af 2/11 2016 udtalte Østre Landsret blandt andet:

"Landsrettens begrundelse og resultat

I dækningsoversigten af 3. marts 2009 fra Topdanmark blev [klageren] underrettet om, at hun ved pensionering den 1. januar 2010 ville få en forventet årlig livrente med bonus på 173.010 kr. og en garanteret udbetaling på 160.471 kr. årligt. [Klageren] anmodede den 1. april 2009 om en opdateret beregning på de pensioner, som hun havde i Topdanmark. Det fremgår af anmodningen, at den var begrundet i, at hun nærmede sig det tidspunkt, hvor hun skulle tage en beslutning om pensionsdato. Hun anmodede om, at beregningen blev foretaget ud fra blandt andet de forudsætninger, at indbetalingerne på pensionerne ophørte pr. 1. juli 2010, og at pensioner med løbende udbetaling først blev påbegyndt udbetalt pr. 1. januar 2013. Hun uddybede i en mail af 3. april 2009, at hun ikke havde besluttet en endelig dato for pensionering på daværende tidspunkt, men at den 1. juli 2010 ikke var usandsynlig, hvis økonomien kunne hænge sammen.

Der blev på den baggrund afholdt et møde mellem [klageren] og [pensionsrådgiveren] fra Topdanmark. I forlængelse af mødet bestilte [pensionsrådgiveren] en række beregninger fra Topdanmarks beregningskontor. På baggrund heraf blev oversigten af 30. april 2009 udarbejdet og givet til [klageren]. I oversigten er livrenten angivet med en ydelse på 220.447 kr. før skat under forudsætning

af, at udløbsdatoen for præmieindbetaling var den 1. juli 2010, og at pensionsudbetalingen skulle begynde den 1. januar 2013. Der er enighed mellem parterne om, at dette beløb under de angivne forudsætninger ikke er korrekt. Der er endvidere enighed om, at det korrekte beløb skulle have været 194.294 kr.

Den 23. februar 2010 meddelte [klageren] sin arbejdsgiver, at hun havde besluttet sig for at gå på efterløn den 1. september 2010, og hun modtog noget senere dækningsoversigten af 2. juli 2010, hvorefter den garanterede udbetaling med pensionsdata den 1. januar 2013 ville udgøre 200.326 kr.

Ved brev af 14. februar 2011 meddelte Topdanmark [klageren], at der i oversigten af 30. april 2009 var angivet et fejlagtigt beløb for så vidt angik livrenten. Det fremgår af brevet, at beløbet på 220.447 kr. rettelig skulle have været 194.294 kr.

Landsretten lægger til grund, at [klageren] viste stor interesse for sine pensionsforhold, herunder i forhold til fra hvilket tidspunkt hun skulle have udbetalt sin pension, og Topdanmark, der var bekendt hermed, ydede hende i den anledning en betydelig individuel rådgivning. En del af denne rådgivning var oversigten af 30. april 2009, som [pensionsrådgiveren] ifølge forklaringen fra [klageren] på forespørgsel bekræftede indholdet af.

Endvidere lægger landsretten efter [klagerens] forklaring til grund, at denne oversigt udgjorde en væsentlig del af det beslutningsgrundlag, som hun havde til rådighed, da hun i februar 2010 sagde op til fratræden den 1. september 2010. Det er i den forbindelse uden betydning, at opsigelsen ikke skete umiddelbart efter modtagelsen af oversigten, hvorved bemærkes, at der i efteråret 2009 var drøftelser vedrørende [klagerens] øvrige pensioner.

Landsretten finder ikke grundlag for at fastslå, at [klageren], da hun traf beslutningen om at sige op, havde eller burde have haft kendskab til, at oversigten af 30. april 2009 var fejlagtig, hvorved bemærkes, at dækningsoversigten fra marts 2009 byggede på andre forudsætninger vedrørende ophør af indbetalinger og pensionstidspunktet. Dækningsoversigten af 2. juli 2010, der først fremkom, da [klageren] havde sagt op, kan ikke i den forbindelse tillægges betydning.

Når hertil kommer, at der gik mere end 21 måneder, før Topdanmark gjorde opmærksom på fejlen, finder landsretten, at [klageren] kan støtte ret på oversigten af 30. april 2009.

Landsretten tager derfor [klagerens] påstand til følge.

...

Thi kendes for ret:

Byrettens dom ændres, således at Topdanmark Livsforsikring A/S tilpligtes at anerkende at være forpligtet til at foretage årlige udbetalinger til [klageren] i

henhold til dækningstilsagn med påført dato 30. april 2009 vedrørende livrente, police ... 222, med 220.447 kr. og baseret på forudsætning om præmieophør 1. juli 2010 og pensionsudbetaling fra 1. januar 2013 og at regulere beløbet under hensyntagen til de indbetalinger, hun har foretaget efter den 1. juli 2010."

4.2.4 Afgørelse 85.025 af 10/6 2014

Indboforsikring. Nykredit Forsikring A/S

Tvisten vedrørte størrelsen af erstatningen, herunder om selskabet med henvisning til, at klageren var i præmierestance, kunne afkorte i erstatningen efter en brand på forsikringsstedet. Endvidere var der tvist om, hvorvidt selskabet kunne afvise at yde dækning for effekter under henvisning til, at de var af erhvervsmæssig karakter eller tilhører til et motorkøretøj og om størrelsen af erstatningen.

Nævnet udtalte blandt andet:

"Henset til selskabets brev af 12/2 2013 og efter en samlet vurdering af sagens oplysninger finder nævnet, at det er betænkeligt at lægge til grund, at selskabet og klageren ved mailkorrespondancen 13/9 og 24/9 2013 aftalte, at det af selskabet tilbudte erstatningsbeløb skulle være til fuld og endelig afgørelse af klagerens krav.

Spørgsmålet er herefter, om klageren har ret til yderligere erstatning for de anmeldte ødelagte indbogenstande.

Som sagen foreligger oplyst, finder nævnet, at selskabet ikke har bevist, at de omhandlede fotobaggrunde blev anvendt erhvervsmæssigt af klageren på skadetidspunktet i et omfang, der bevirker, at de ikke kan betragtes som private ejendele tilhørende klageren. Selskabet skal derfor anerkende, at baggrundene er omfattet af indboforsikringen.

For så vidt angår køredragterne, handskerne, støvlerne, hjelmene og hjelmuernerne finder nævnet, at disse effekter må betragtes som privat indbo og dermed omfattet af indboforsikringens dækning, jf. herved bl.a. AK 65.625, hvor nævnet lagde til grund, at et en styrthjelm var dækket af familieforsikringen.

På det foreliggende grundlag finder nævnet, at der ikke er anledning til at kritisere, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning for sidetaskerne til motorcyklen med henvisning til, at forsikringen ikke omfatter tilbehør til motorcykler. Nævnet har noteret, at selskabet har erklæret sig indforstået med at genoptage sagsbehandlingen vedrørende taskerne, såfremt klagerens kaskoforsikringsselskab afviser dækning.

Klageren har opgjort sit erstatningskrav til 1.429.940 kr. Selskabet har opgjort erstatningen skønsmæssigt til 305.650 kr. Der er ikke nogen eksakt opgørelse af, hvordan selskabet er nået frem til dette tal. Da klagerens lejlighed er helt

brændt væk, er det ikke muligt for ham at skaffe yderligere dokumentation for sit krav.

Efter en samlet bedømmelse af oplysningerne i sagen, herunder selskabets mangelfulde opgørelse, klagerens forhold og den meget betydelige forsikringssum fastsætter nævnet efter en helhedsbedømmelse den samlede erstatning, som klageren er berettiget til, skønsmæssigt til 600.000 kr. hvilket svarer til cirka 40 % af hans krav.

Selskabet har i brev af 1/11 2013 til nævnet oplyst, at det har anerkendt, at forsikringen dækkede på skadetidspunktet. Selskabet har imidlertid udbetalt forholdsmæssig erstatning med henvisning til, at klageren efter en flytning skyldte selskabet 458 kr. for præmie.

Det er nævnets opfattelse, at selskabet under de foreliggende omstændigheder ikke er berettiget til at udbetale forholdsmæssig erstatning med denne begrundelse. Selskabet skal derfor udbetale det fulde beløb, som erstatningen kan opgøres til, og er i dette beløb berettiget til at modregne sit præmietilgodehavende.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, Nykredit Forsikring A/S, skal anerkende, at de omhandlede baggrunde, køredragter, handsker, støvler, hjelme og hjelmhuer er omfattet af indboforsikringsdækningen, og genoptage sagsbehandlingen og udbetale erstatning herfor. For så vidt angår erstatningsopgørelsen, skal selskabet anerkende, at klageren har ret til en samlet erstatning på 600.000 kr. tillagt renter efter forsikringsaftalelovens § 24, fratrukket selvrisko og klagerens eventuelle præmierestance.

Klageren får i øvrigt ikke medhold."

Selskabet ønskede ikke at følge afgørelsen. Retten i Holstebro udtalte i dom af 2/3 2016 blandt andet:

"Retten begrundelse og afgørelse

Retten bemærker indledningsvist, at parternes uenighed – for så vidt angår størrelsen af selve [klagerens] erstatningskrav – er anderledes i forbindelse med denne retssag, end den var i forbindelse med behandlingen i Ankenævnet for Forsikring.

I forbindelse med ankenævnsbehandlingen havde [klageren] således opgjort sit krav til 1.429.940 kr. som anført i den opgørelse, der er nu fremlagt som bilag 3, mens Nykredit Forsikring havde opgjort erstatningen til 305.650 kr. Efter en samlet vurdering af oplysningerne i sagen for ankenævnet, herunder selska-

bets mangelfulde opgørelse, [klagerens] forhold og den meget betydelige forsikringssum, fastsatte Ankenævnet for Forsikring efter en helhedsbedømmelse den samlede erstatning, som [klageren] var berettiget til, skønsmæssigt til 600.000 kr.

For retten har [klageren] dog, som bilag 17, fremlagt en ny specifikation og opgørelse af sit krav, hvorefter kravet nu samlet er opgjort til 789.036 kr. Heraf er der for så vidt angår genstande, der berettiger til en erstatning på 158.104 kr., og som er angivet i sagen bilag ... 1 enighed mellem parterne.

For så vidt angår den resterende del af kravet er der uenighed mellem parterne på forskellige punkter. Parterne har under hovedforhandlingen oplyst, at de er enige om, at deres uenighed om erstatningen for denne resterende del af kravet, både for så vidt angår størrelse og begrundelse, kan anføres som det er sket i sagens bilag ... 2.

For en række genstande gælder det, at [klageren] ikke har kunnet dokumentere eller sandsynliggøre størrelsen af sit krav. Retten bemærker i den forbindelse, at ...'s forklaring om, hvordan hun har fundet frem til de beløb, der udgør de fleste disse krav, ikke kan anses for sådan dokumentation eller sandsynliggørelse. Efter forsikringsvilkårenes punkt 16.6 har Nykredit herefter været berettiget til fastsætte erstatningen efter et skøn. Det er oplyst, at det i sagen er taksator ..., der på Nykredit Forsikrings vegne har foretaget skønnet, og efter hans forklaring om, på hvilket grundlag hans skøn er foretaget, er der ikke grundlag for at tilsidesætte disse skøn. Retten bemærker særligt, at det anførte også omfatter de under sagen omtalte skovkatte.

For en række andre genstande har Nykredit Forsikring anerkendt den af [klageren] anførte genanskaffelsespris, men foretaget et fradrag svarende til den rabat, som selskabet kan opnå hos sin leverandør. Retten finder, at Nykredit i henhold til forsikringsvilkårenes punkt 16.1.3 er berettiget til at foretage et sådant fradrag, og efter [taksators] forklaring lægger retten til grund, at selskabet kan opnå en rabat på 15 % ved køb af de omhandlede genstande.

Retten finder endvidere, at Nykredit Forsikring i henhold til forsikringsbetingelsernes punkt 16.1.5 er berettiget til at foretage den procentvise afskrivning for genstandes alder, som er anført i bilag ... 2.

[Klageren] har forklaret, at han ved branden mistede ca. 300.000 fotos, som ikke forelå som papirbilleder, men alene var lagret digitalt. Retten finder, at erstatningen for sådanne digitale fotos, der for ikkeerhvervsdrivende ikke kan antages at have økonomisk værdi, er reguleret af forsikringsbetingelsernes punkt 16.2, og at [klageren] i henhold hertil ikke har krav på erstatning for tabet af disse fotos.

Vedrørende de omstridte sidetasker til en motorcykel finder retten efter det oplyste om sidetaskernes virkemåde og om motorcykelforsikringens nægtelse af at erstatte taskerne, at der ikke er tale om tilbehør til et motordrevet køretøj. Der er således ikke grundlag for, som hævdet af Nykredit Forsikring under henvisning til forsikringsbetingelsernes punkt 12.9, at undtage sadeltaskerne fra dækning.

Motorcykelkåberne må derimod betragtes som sådant tilbehør, og de er derfor i henhold til forsikringsbetingelsernes punkt 12.9 undtaget fra dækning.

Efter det anførte kan den erstatning for genstande, som parterne er uenige om, opgøres til 162.251 kr., hvorefter den samlede erstatning bliver på 320.355 kr.

Henset til indholdet af forsikringsbetingelsernes punkt 5. finder retten, at Nykredit Forsikring ikke har godtgjort at være berettiget til at behandle situationen ved [klagerens] flytning som en nyttegning af forsikring. Herefter, og da Nykredit Forsikring ikke i brevet af 29. november 2011 til [klageren] i anledning af dennes flytning anførte noget om præmieændring eller lignende, findes Nykredit Forsikring ikke berettiget til alene at udbetale en prorata erstatning.

Det beløb, som Nykredit Forsikring skal betale, kan herefter opgøres således:

Erstatning, jf. ovenstående	320.355,00 kr.
Tillæg som anerkendt af Nykredit Forsikring	6.093,50 kr.
Selvrisiko	- 1.800,00 kr.
Allerede udbetalt	- 214.079,00 kr.
I alt	110.569,50 kr.

...

Thi kendes for ret:

Nykredit Forsikring A/S skal inden 14 dage til [klageren] betale 110.569,50 kr."

4.2.5 Afgørelse 85.643 af 17/12 2014

Gruppelivsordning. PFA Pension

Sagen vedrørte, om selskabet havde været berettiget til at standse udbetalingen af helbredsbetingsede ydelser pr. 1/11 2013 med henvisning til, at klagerens generelle erhvervsevne som tandlæge ikke var nedsat med mindst halvdelen.

Nævnet udtalte blandt andet:

"Det fremgår af sagen, at klageren, der er selvstændig tandlæge, i en årrække har lidt af blandt andet leddegigt og som følge heraf har en række gener, der påvirker hendes erhvervsevne.

Selskabet har udbetalt ydelser i perioden 1/7 2008 – 1/11 2013, hvor selskabet revurderede klagerens erhvervsevne og fandt, at hendes generelle erhvervsevne ikke var nedsat med mellem 1/2 og 2/3. Selskabet har i den forbindelse

oplyst, at forsikringen berettiger til faginvalditetsdækning i maksimalt 5 år, hvorefter vurderingen overgår til en vurdering af den generelle erhvervsevne.

Klagerens advokat har anført, at det økonomiske sammenligningsgrundlag ved vurderingen af den generelle erhvervsevne er gennemsnitsindtægten for tandlæger over 50 år. På baggrund af oplysninger, advokaten har indhentet fra tandlægeforeningen og Danmarks Statistik, har advokaten estimeret sammenligningsgrundlaget til ca. 750.000 kr. om året.

Til støtte for, at klagerens erhvervsevne er nedsat med halvdelen eller derover, har advokaten anført, at det afgørende herefter bliver, om hendes indtjeningssevne som følge af gigtlidelsen er begrænset til mindre end halvdelen af 750.000 kr. om året i et hvert erhverv, herunder i tandlægeerhvervet.

Advokaten har henvist til klagerens indtjening i sin virksomhed de senere år og har påpeget, at denne beløbsmæssigt i takt med, at hendes sygdom er forværret, er faldet til under halvdelen af 750.000 kr. Advokaten har herved anført, at når der blandt andet henses til de skånehensyn, klageren har mulighed for at iagttage i sit nuværende arbejde, er det sandsynliggjort, at den nuværende indtjening i hendes virksomhed svarer til hendes indtjeningssevne i ethvert erhverv.

Selskabet har heroverfor blandt andet gjort gældende, at der skal anlægges en bredere og mere medicinsk forståelse af erhvervsevnetabskriteriet i forsikringsbetingelserne.

Efter formuleringen af forsikringsbetingelserne må bedømmelsen af erhvervsevnetabet skulle ske ud fra en generel målestok, idet klagerens erhvervsevne således skal vurderes i forhold til alle erhverv, man med rimelighed kan forlange, hun skal påtage sig.

Nævnet finder – i overensstemmelse med blandt andet nævnets kendelse nr. 85.682 – at klageren, når hendes indtjeningssevne skal fastlægges, er berettiget til at blive sammenlignet med, hvad det er almindeligt at tjene i samme egn for fuldt erhvervsdygtige personer med en uddannelse som tandlæge og med en tilsvarende alder som hendes.

Efter en gennemgang af sagens lægelige oplysninger, oplysningerne om gennemsnitsindtægten for tandlæger – som nævnet ikke har grundlag for at anfægte rigtigheden af – mv. er det nævnets opfattelse, at klageren har sandsynliggjort, at hun på grund af sin helbredsmæssige tilstand ikke længere er i stand til at tjene mere end halvdelen af, hvad der er sædvanligt for fuldt erhvervsdygtige personer med lignende uddannelse og alder. Nævnet finder det i den forbindelse ubetænkeligt at lægge til grund, at hun i andre erhverv end som tandlæge ikke ville kunne opnå en højere indtjeningssevne, og at hun i sin tandlægevirksomhed ved ansættelse af medhjælp mv. ses at have udvist relevante

bestræbelser på at maksimere sin indtægt under hensyntagen til sin gigtsygd
dom.

Nævnet finder herefter, at selskabet skal anerkende, at klagerens generelle er
hversevne også efter den 1/11 2013 er nedsat med mellem 1/2 og 2/3.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, PFA Pension, skal anerkende, at klagerens erhvervsevnetab også ef
ter den 1/11 2013 er nedsat med mellem 1/2 og 2/3 og yde klageren ydelser i
overensstemmelse hermed med tillæg af renter."

Selskabet ønskede ikke at følge afgørelsen. Københavns Byret udtalte i dom af
17/5 2016 blandt andet:

"Retten begrundelse og afgørelse

Efter forsikringsbetingelserne har [klageren] ret til halv invalidepension
og/eller halv præmiefritagelse, når hendes erhvervsevne på grund af sygdom
eller ulykkestilfælde er nedsat til halvdelen af den fulde erhvervsevne. Det
fremgår af forsikringsbetingelserne endvidere, at en ydelsesberettiget nedsæt
telse af erhvervsevnen foreligger, når forsikrede – efter PFA Pensions skøn –
ikke længere er i stand til at tjene mere end en halvdelen af, hvad der er sæd
vanligt for fuldt erhvervsdygtige personer med lignende uddannelse og alder.
Bedømmelsen sker på grundlag af en helhedsvurdering under hensyn til forsik
redes tidligere og nuværende helbredstilstand, uddannelse og tidligere be
skæftigelse.

Efter formuleringen af forsikringsbetingelserne må bedømmelsen af er
hvervsevnetabet skulle ske ud fra en generel målestok, idet [klagerens] er
hversevne således skal vurderes i forhold til alle erhverv, som man med rime
lighed kan forlange, at hun påtager sig.

Det er [klageren], der har bevisbyrden for, at hendes generelle erhvervsevne er
nedsat til halvdelen eller derunder som følge af sygdom eller ulykkestilfælde.

Retten finder, at forsikringsbetingelserne må forstå således, at udbetaling af
ydelse efter forsikringen forudsætter, at der ud fra en lægelig vurdering skal
foreligge en varig nedsættelse af den generelle erhvervsevne i ethvert passen
de erhverv med mindst halvdelen.

Som sagen foreligger oplyst for retten på baggrund af de foreliggende lægelige
oplysninger sammenholdt med forklaringerne, finder retten ikke, at [klageren]
har ført tilstrækkeligt bevis for, at hendes generelle erhvervsevne er nedsat
med mindst halvdelen, hvorfor PFA Pension frifindes.

...

Thi kendes for ret:

Sagsøgte, PFA Pension, frifindes."

4.3 Anfægtede sager, der i 2016 er blevet forligt

5 af de 10 anfægtede sager, der blev afsluttet i 2016, blev forligt. I 2 af sagerne blev der indgået forlig efter anke af byrettens dom.

Den ene sag vedrørte, om klageren var berettiget til erstatning for tyveri af tilbehør til den forsikrede motorcykel. Der henvises til afsnit 4.3.1.

Den anden sag vedrørte, hvor mange gange selskabet var berettiget til at beregne selvrisiko i henhold til ejerskifteforsikringens el-skadedækning. Der henvises til afsnit 4.3.2.

I 1 sag blev der under retssagen indgået forlig mellem parterne, således at sagen blev forligt på halvdelen af det påståede beløb. Sagen vedrørte, om klageren havde afgivet urigtige oplysninger ved tegningen af forsikringen. Der henvises til afsnit 4.3.3.

1 sag blev forligt i overensstemmelse med klagerens påstand under retssagen, efter at sagen havde været forelagt for Retslægerådet. Sagen vedrørte, om klagerens erhvervsevne var nedsat med halvdelen eller derover efter den 1/3 2012, hvor selskabet havde standset udbetalingen af helbredsbedingede ydelser. Der henvises til afsnit 4.3.4.

1 sag blev forligt mellem parterne i overensstemmelse med nævnets afgørelse umiddelbart efter, at selskabet havde anfægtet sagen. Sagen vedrørte, om klageren, der var omfattet af en erhvervsevnetabsforsikring, kunne påberåbe sig en varslet lempelse af forsikringsbetingelserne. Der henvises til afsnit 4.3.5.

4.3.1 Afgørelse 86.827 af 20/5 2015

Autoforsikring. QBE Insurance Limited, England, dansk Filial

Under retssagen havde selskabet som et nyt argument fremført, at forsikringen ikke var tegnet i selskabet. Selskabet blev frifundet ved Københavns Byret, der i dom af 5/4 2016, blandt andet udtalte, at "da sagsøger [klageren] herefter ikke har godtgjort, at sagsøgte hæfter for eventuelle forpligtelser i henhold til forsikringsaftalen, tages sagsøgtes påstand om frifindelse til følge".

Selskabets advokat har oplyst til nævnet, at sagen blev anket til Østre Landsret af forsikringstageren, og at der under anken blev indgået forlig. Nævnet er ikke bekendt med forligets indhold.

4.3.2 Afgørelse 87.508 af 17/6 2015

Ejerskifteforsikring. Qudos Insurance A/S v/Frida Forsikring Agentur A/S

Tvisten vedrørte, hvor mange gange selvrisko selskabet var berettiget til at opkræve i anledning af et større antal ulovlige elinstallationer, som var dækningsberettigende i henhold til ejerskifteforsikringens el-skadedækning.

Nævnet udtalte blandt andet:

"Nævnet bemærker, at det ikke er usædvanligt forekommende, at der i en bygning, hvor der konstateres ulovlige elinstallationer, opdages en hel række individuelle, ulovlige forhold rundt om i bygningen, som hver især er mindre forhold, der giver anledning til begrænsede udbedringsomkostninger, men som samlet set medfører en ganske betydelig udgift for forsikringstageren. Det må antages, at forsikringsbetingelserne skal forstås således, at ejerskifteforsikringen også i en sådan situation indeholder en reel forsikringsdækning ved ulovlige elinstallationer.

Efter nævnets opfattelse må en bygnings elinstallationer i forhold til ejerskifteforsikringen anses som et samlet hele, således at der i tilfælde af dækningsberettigende ulovlige elinstallationer eller nedsat funktion af elinstallationer kun kan gøres én gang selvrisko og én samlet bagatelgrænse pr. bygning gældende.

Nævnet lægger til grund, at udbedringsomkostningerne for ulovlige elinstallationer i klagerens hus samlet overstiger forsikringens bagatelgrænse på 5.000 kr. Nævnet finder, at selskabet derfor er uberettiget til at afvise nogen af de anmeldte forhold med henvisning til bagatelgrænsen, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 5 A.

Nævnet finder, at selskabet derfor skal genoptage sin sagsbehandling. Selskabet er ved erstatningsopgørelsen kun berettiget til i alt at fratække én gang selvrisko.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, Qudos Insurance A/S v/Frida Forsikring Agentur A/S, skal anerkende, at de anmeldte forhold vedrørende elinstallationer ikke kan henføres under forsikringens bagatelgrænse på 5.000 kr. Selskabet skal genoptage sagsbehandlingen, hvorunder det skal lægges til grund, at der i alt kun kan trækkes én gang selvrisko i erstatningen."

Selskabet ønskede ikke at følge afgørelsen. Retten i Glostrup udtalte i dom af 5/9 2016 blandt andet:

"Retten begrundelse og afgørelse

Sagens tema er, hvorvidt en bygnings elinstallationer i forhold til ejerskifteforsikringen skal anses som et samlet hele, således at der i tilfælde af dækningsberettigende ulovlige elinstallationer eller nedsat funktion af elinstallationer kun kan gøres én gang selvrisiko og én samlet bagatelgrænse pr. bygning gældende, således som det er fastsat ved Ankenævnet for Forsikringskendelse af 17. juni 2015.

Det lægges som gengivet i betænkning nr. 1520 om huseftersynsordningen, pkt. 4.6.2.9.2., i overensstemmelse med almindelige forsikringsretlige principper til grund, at der ved forsikringsbetingelsernes udtryk om selvrisiko 'pr. skade' forstås forhold, som har samme skadesårsag, og at dette betyder, at forhold på forskellige bygningsdele i mange tilfælde vil have forskellige skadesårsager, men at dette ikke nødvendigvis vil være tilfældet. Det beror således på en konkret vurdering, i hvilket omfang kravet om sammenfaldende skadesårsag kan anses for opfyldt også i et tilfælde, hvor der er tale om skader på forskellige bygningsdele. Denne forståelse har også hidtil været anvendt i Forsikringsankenævnets praksis i sager efter huseftersynsordningen.

Elinstallationer blev inkluderet i huseftersynsordningen ved lovændringen i 2011 med ikrafttræden den 1. maj 2012, hvor også reglerne om selvrisiko blev revideret. Det er ikke i loven eller dens forarbejder angivet, at der for så vidt angår elinstallationer skulle gælde en anden forståelse, hvorfor der også ved flere tilfælde af ulovlige elinstallationer og elinstallationer med nedsat funktion under hensyntagen til områdets særlige forhold må foretages en konkret vurdering af, hvorvidt kravet om sammenfaldende skadesårsag er opfyldt.

Det bemærkes herved, at køber i henhold til lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom § 3, stk. 1, over for den autoriserede elinstallatørvirksomhed, der har udarbejdet elinstallationsrapporten, kan fremsætte krav om skadeserstatning for fejl, der burde have været omtalt i rapporten, samt at et sådant krav ikke er beløbsmæssigt begrænset.

Retten kan, således som sagen er forelagt, ikke tage stilling til, hvorvidt der i det konkrete tilfælde er tale om én eller flere skadesårsager. Sagsøgte vil derfor være at frifinde for den nedlagte påstand.

...

Thi kendes for ret:

Qudos Insurance A/S frifindes."

Efter at sagen blev anket til Østre Landsret af klageren, blev der indgået forlig mellem parterne. Af udskrift fra Østre Landsrets retsbog fremgår om forligets indhold følgende:

"Ovenstående sag er nu forligt mellem parterne hvorfor meddeles: Appellanten har hævet sagen, og parterne har i den forbindelse accepteret, at sagens omkostninger ophæves. Byrettens afgørelse er herefter endelig. Frida Forsikring A/S betaler pr. kulance kr. 133.000 inklusiv moms. Forsikringssummen udbetales i henhold til fremsendte fakturaer for udbedringen af de omhandlede skader."

4.3.3 Afgørelse 85.863 af 7/1 2015

Bilforsikring. Gjensidige Forsikring

Klageren anmeldte, at hendes bil var brændt. Selskabet afviste dækning og henviste til, at hun ved tegningen den 27/1 2012 urigtigt havde skrevet under på, at ingen i husstanden var registreret i RKI, hvilket hendes daværende kæreste viste sig at have været. Selskabet ophævede på denne baggrund klagerens forsikringer med tilbagevirkende kraft med henvisning til Forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1. Klageren og kæresten boede sammen på den fælles adresse fra 1/11 2010. Den 6/6 2011 blev kæresten anholdt og varetægtsfængslet, og han blev løsladt den 27/4 2012. Den 1/7 2011 flyttede klageren til en ny adresse, og de genoptog samlivet, da kæresten blev løsladt. Kæresten havde folkeregisteradresse samme sted som klageren gennem hele forløbet, men fik post til fængslet. Nævnets flertal fandt, at der var en betydelig usikkerhed om, hvorvidt kæresten skulle anses for omfattet af klagerens husstand på tegningstidspunktet. Flertallet fandt derfor, at selskabet ikke havde godtgjort, at klageren ved uagtsomhed havde afgivet urigtige oplysninger. Selskabet var derfor ikke berettiget til at annullere forsikringerne og afvise dækning. Mindretallet fandt, at klageren burde have oplyst om kærestens registrering i RKI.

Selskabet skulle derfor anerkende, at klageren ikke havde afgivet urigtige risikoplysninger og skulle på den baggrund genoptage behandlingen af brandskaden.

Selskabet anfægtede afgørelsen, hvorefter klageren anlagde sag mod selskabet ved Retten på Frederiksberg. Af udskrift af retsbogen af 8/4 2016 fremgår det, at sagen blev forligt mellem parterne således:

"Sagen forliges på halvdelen af det påståede beløb dvs. 65.000,- kr. med tillæg af renter fra den 3. juli 2013 til fuld og endelig afgørelse, og retten tager stilling til sagens omkostninger."

4.3.4 Afgørelse 85.259 af 22/4 2014

Individuel Pension. Topdanmark Forsikring A/S

Selskabet standsede den 1/3 2012 udbetalingen af midlertidige helbredsbedingede ydelser med henvisning til, at klageren ikke havde godtgjort, at hendes erhvervsevne var nedsat med mindst halvdelen. Nævnet fandt, at klageren ikke var i stand til at varetage sit arbejde på grund af generne efter et trafikuheld, og fandt det godtgjort, at hendes erhvervsevne midlertidigt var nedsat i dækningsberettigende grad. Hun havde derfor krav på fulde midlertidige ydelser fra den 1/3 2012 og frem til den 3/4 2013, hvor hun blev bevilget fleksjob. Efter den 3/4 2013 fandt nævnet, at hun i medfør af nogle særlige regler i forsikringsbetingelserne om

fleksjob havde godtgjort, at hendes generelle erhvervsevne var nedsat med mellem 1/2 og 2/3.

Selskabet anfægtede afgørelsen, hvorefter klageren anlagde sag mod selskabet ved Retten i Glostrup. Af udskrift af retsbogen af 14/11 2016 fremgår det, at sagen efter forelæggelse i Retslægerådet blev forligt i overensstemmelse med klagerens påstand således:

"Præmiefritagelse i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne regnet fra d. 3. april 2013 og frem.

Udbetaling af halv ydelse fra d. 3. april 2013 beregnet på baggrund af parternes aftalegrundlag, jfr. forsikringsbetingelserne, bilag 2, pkt. 5.

Forrentning i henhold til forsikringsaftalelovens § 24 af den beregnede ydelse fra 14 dage eller fremkomsten af Retslægerådets erklæring.

Sagsøgte er berettiget til at indhente helbredsoplysninger fra primo 2019, i tilfælde af, at sagsøgte skønner, at der er behov herfor i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne.

Sagsøger tilstiller sagsøgte relevante økonomiske oplysninger til brug for beregning af halv ydelse i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne.

Det overlades til retten at træffe omkostningsafgørelse med sædvanlig kæredgang."

4.3.5 Afgørelse 88.918 af 3/5 2016

Individuel Pension. Danica Pension

Klageren havde siden 2011 modtaget invalidepension og præmiefritagelse som følge af sygdom. Selskabet standsede udbetalingen af invalidepension pr. juli 2015, men fortsatte præmiefritagelsen. I 2013 varslede selskabet, at det særlige økonomiske kriterium vedrørende indregning af offentlige ydelser ved vurderingen af erhvervsevnetab ville ophøre, men at dette ikke ville få virkning, så længe forsikringen var under udbetaling. I 2015 fik klageren fleksjob, og selskabet standsede udbetalingen af invalidepensionen med henvisning til, at han herefter ikke havde en lønnedgang på mindst halvdelen. Selskabet meddelte klageren præmiefritagelse indtil forsikringens ophør og anførte, at han derfor ikke var omfattet af de nye vilkår, da man fortsat udbetalte på forsikringen. Nævnet fandt, at selskabets bevilling af præmiefritagelse til forsikringens ophør ikke var hjemlet i forsikringsbetingelserne, og at klageren derfor havde ret til at blive stillet, som om han igen skulle indbetale. Selskabet skulle derfor anerkende, at ændringen af betingelserne var trådt i kraft for klagerens vedkommende og genoptage sagsbehandlingen.

Selskabet anfægtede afgørelsen og anførte, at der ifølge aftalegrundlaget gjaldt andre tildelingskriterier for præmiefritagelsen end for udbetalingen af invalidepensionen, hvorfor kendelsen var baseret på en fejlagtig antagelse.

Klagerens advokat har oplyst, at sagen efterfølgende er forligt mellem parterne på vilkår, der svarer til nævnets kendelse.

4.4 Domme i andre nævnsafgjorte sager

Nævnet har kun kendskab til ganske få retssager, der er afgjort, efter at nævnet har givet selskabet medhold, eller at nævnet har afvist at afgøre sagen på grund af usikkerheden om den bevismæssige bedømmelse af sagen eller sagens principielle juridiske problemstilling. En enkelt principiel sag og en sag om et erhvervsevnetabs størrelse skal omtales. I begge sager blev selskaberne frifundet.

4.4.1 Afgørelse 63.900 af 9/3 2005

Individuel Pension. SEB pensionsforsikring A/S

Twisten vedrørte blandt andet, om forsikringsaftalen ud over ydelsesgarantien tillige indeholdt en forrentningsgaranti, hvorefter forsikringerne hvert år skal forrentes med minimum 4,5 % efter skat. Nævnet udtalte om spørgsmålet blandt andet:

"De øvrige klagepunkter, der er fremført, indeholder for en dels vedkommende så principielle spørgsmål, at nævnet finder det rigtigst, at resten af sagen afgøres af domstolene.

Nævnet afviser derfor med henvisning til § 4 i nævnets vedtægter disse klagepunkter."

Klageren indbragte sagen for Østre Landsret, der i dom af 9/12 2013 blandt andet udtalte:

"Retten begrundelse og afgørelse

Af [klagerens] rateforsikringer med police nr. ... og nr. ... (senere police nr. ...) fremgår blandt andet, at policerne giver tilsagn om bestemte årlige ydelser i tilfælde af forskellige forsikringsbegivenheder. Det fremgår endvidere, at forsikringstager har ret til bonus, der anvendes til opskrivning af udbetalingerne, og hvis størrelse afhænger af selskabets overskud. I henhold til policerne beregnes og fordeles bonus efter regler godkendt af Forsikringstilsynet (senere Finanstilsynet). Police nr. ... indeholder under særlige vilkår en bestemmelse om, at '... de garanterede ydelser ...' kan konverteres til en engangssum. Ingen af policerne eller de hertil hørende forsikringsvilkår indeholder bestemmelser om forrentning eller anden form for opskrivning eller tilskrivning ud over bonusbestemmelserne. Efter ordlyden er der alene givet [klageren] en garanti for udbetaling af bestemte årlige ydelser.

Den fremlagte forsikringsbegæring og det fremlagte forsikringstilbud, der ligger til grund for police nr. ..., indeholder heller ikke bestemmelser om en bestemt årlig forrentning eller anden form for bestemt årlig opskrivning eller tilskrivning. Der er ikke oplysninger om, at forsikringsbegæringen og -tilbuddet vedrørende police nr. ... på dette punkt adskiller sig fra begæringen og tilbuddet vedrørende police nr. ... Der er således hverken i aftalernes ordlyd eller tilblivelse holdepunkter for, at de indgåede forsikringsaftaler indeholder en årlig rentegaranti som påstået af [klageren].

Spørgsmålet er herefter, om der på andet grundlag er givet en sådan årlig rentegaranti.

Der er i begge forsikringer aftalt ret til tilbagekøb. Tilbagekøbsværdien udregnes i henhold til forsikringsvilkårene 'efter regler godkendt af Forsikringstilsynet'. Det er ikke angivet, hvorledes beregningen sker. Som fastslået af Østre Landsret i sagerne, 19. afd., B-2716-02 og B-2717-02, Ugeskrift for Retsvæsen 2007, side 662, indebærer beregningsgrundlaget G82 ikke i sig selv en rentegaranti på de løbende opsparinger, herunder opsparet bonus. Det samme gælder bestemmelserne om beregning af tilbagekøbsværdi. Det forhold, at de to omhandlede rateforsikringspensioner, tegnet af [klageren] i henholdsvis 1982 og 1986, begge er tegnet på grundlag af beregningsgrundlaget G82, og den omstændighed, at de indeholder ret til tilbagekøb, kan således ikke i sig selv medføre at [klageren] må anses for tilsikret en forrentning på mindst 4,5 % om året.

[Klageren] har hvert år modtaget en oversigt, som viste 'Depot' og 'Tilbagekøbsværdi' pr. 31. december, og som regel også en prognose for opsparingens udvikling. Af opgørelserne fremgår en årlig, varierende forrentning, som frem til 2009 var på 4,5 % eller derover. Det fremgår endvidere af de fremlagte tillæg til policen, at [klageren] i forbindelse med bonustilskrivning modtog et tillæg til policen, der specificerede de årlige ydelser, der var gældende efter tilskrivning af bonus. At der i depotoversigterne var angivet en årlig, varierende rente, kan ikke forstås sådan, at der er tilsagt [klageren] en årlig rentegaranti.

Uanset at der har hersket diskussion og uenighed i pensionsbranchen om betydningen af den anvendte sprogbrug og af de i branchen anvendte bestemmelser om genkøbsværdi, kan dette heller ikke føre til, at SEB er forpligtet i videre omfang, end hvad der følger af ordlyden af de indgåede aftaler.

Landsretten tager herefter SEB Pensionsforsikring A/S' frifindelsespåstand til følge."

Sagen blev herefter indbragt for Højesteret, der i dom af 21/1 2016 blandt andet udtalte:

"Højesterets begrundelse og resultat

1. Sagens problem

[Klageren] tegnede i 1982 og 1986 to ratepensionsforsikringer i Hafnia Forsikring (nu SEB Pensionsforsikring A/S). Forsikringerne blev tegnet på grundlag af det forsikringstekniske beregningsgrundlag G82.

Parterne er enige om, at [klageren] er blevet tilsagt en garanti for udbetaling af de ydelser, der er fastsat i policerne. Sagen angår, om han ud over denne ydelsesgaranti har krav på, at hans løbende opsparing (forsikringsdepoter) hvert år forrentes med mindst 4,5 % efter skat.

Spørgsmålet er, om en sådan minimumsforrentning kan udledes af G82, eller om [klageren] konkret er blevet lovet en minimumsforrentning som påstået.

2. G82 grundlaget

G82 er det fælles beregningsgrundlag, som de danske livs- og pensionsforsikringsselskaber blev enige om i 1982, og som blev godkendt af Forsikringstilsynet efter den dagældende lov om forsikringsvirksomhed.

G82 indeholder bl.a. en forudsætning om forrentning i aftaleperioden, herunder en såkaldt grundlagsrente, der maksimalt kan udgøre 5 % pr. år. Den rentesats på 4,5 %, som [klageren] har krævet, fremkommer ved, at grundlagsrenten fratrækkes et omkostnings- og sikkerhedstillæg på 0,5 %.

G82 er et offentligt teknisk beregningsgrundlag, der anvendes i forholdet mellem forsikringsselskaberne og Finanstilsynet, jf. tilsynets besvarelse af spørgsmål 1 i bevisbegæring af 21. november 2014. G82 regulerer sammenhængen mellem præmier og ydelser ud fra nogle beregningstekniske antagelser om forrentning, risiko og omkostninger, jf. herved også Østre Landsrets dom af 18. august 2006 (UfR 2007.662). Formålet med G82 er således at kunne fastlægge nogle garanterede ydelser ud fra den givne præmie eller omvendt.

G82 indeholder ikke krav om en vis årlig minimumsforrentning af den løbende opsparing. Et sådant krav kan efter Højesterets opfattelse heller ikke støttes på tilbagekøbsreglerne i G82, der angår en anden situation, end den der er tale om i denne sag, jf. herved også Finanstilsynets besvarelse af spørgsmål 2 i bevisbegæring af 21. november 2014.

På denne baggrund finder Højesteret, at der ikke af G82 kan udledes en forpligtelse for SEB Pensionsforsikring til hvert år at forrente [klagerens] løbende pensionsopsparing med 4,5 % efter skat.

3. De konkrete aftaler

Selv om der ikke af G82 kan udledes en garanti for en vis årlig minimumsforrentning af den løbende pensionsopsparing, er det ikke udelukket, at der i forbindelse med livsforsikringer, som er tegnet på grundlag af G82, kan være aftalt en sådan garanti i forholdet mellem forsikringsselskab og forsikringstager. Om dette er tilfældet, beror på den konkrete aftale, men der kan i situationer, hvor rentegarantien ikke fremgår af forsikringspolice, alene antages at være afgivet en garanti, hvis der i sagens øvrige omstændigheder er særlige holdepunkter herfor. Det bemærkes herved, at en sådan garanti i givet fald vil overstige den forsikringsydelse, som forsikringspræmien er beregnet ud fra i henhold til G82.

[Klagerens] forsikringspolice angiver de ydelser (årlige rater), som udbetales ved forskellige forsikringsbegivenheder. Policerne giver endvidere ret til bonus, hvis der er overskud i forsikringsselskabet. Bonus anvendes til opskrivning af

udbetalingerne. Det følger af det anførte, at policerne alene indeholder en garanti for de fastsatte ydelser og ikke en garanti for en bestemt årlig minimumsforrentning. Højesteret finder, at der heller ikke af de opgørelser og meddelelser, som [klageren] gennem årene har modtaget fra forsikrings-selskabet efter tegningen af policerne, og som ikke omtaler en rentegaranti, kan udledes en sådan garanti.

De forklaringer, som seks assurandører har afgivet til støtte for [klagerens] krav om en rentegaranti, angår begivenheder, der ligger mange år tilbage. Forklaringerne vedrører ikke hans policer og er ikke ledsaget af andre former for beviser. Hverken de nævnte forklaringer eller den øvrige bevisførelse giver i øvrigt grundlag for at antage, at der i forsikringsbranchen har været en almindelig opfattelse af, at der i pensionsforsikringer af den type, der her er tale om, blev tilsagt forsikringstagerne en årlig minimumsforrentning af deres løbende pensionsopsparing.

På denne baggrund tiltræder Højesteret, at [klageren] ikke har godtgjort, at der er tilsagt ham en rentegaranti som påstået.

4. Konklusion og sagsomkostninger

Højesteret stadfæster dommen.

...

Thi kendes for ret

Landsrettens dom stadfæstes.

4.4.2 Afgørelse 85.222 af 7/4 2014

Individuel Pension. PFA Pension

Klageren pådrog sig den 4/5 2004 en whiplashskade. Selskabet standsede udbetalingen af midlertidige helbredsbedingede ydelser den 1/1 2013. Selskabet henviste til, at det overgik til en vurdering af klagerens generelle erhvervsevne, og at denne ikke var nedsat med mindst 1/2. Nævnet fandt, at selskabet var berettiget til at overgå til en vurdering af den generelle erhvervsevne på dette tidspunkt, og fandt det ikke bevist, at klagerens erhvervsevne var tilstrækkeligt nedsat.

Klageren indbragte efterfølgende sagen for Københavns Byret, hvor selskabet blev frifundet. I dom af 25/1 2016 hedder det blandt andet:

"Retten begrundelse og afgørelse

Det fremgår af sagsøgtens meddelelser af 2. september 2006 om midlertidig invalidepension og præmiefritagelse og 17. januar 2008 om fortsat udbetaling af invalidepension, at sagsøgte senere vil tage sagen op til ny vurdering og opfølgning. Som følge heraf kan sagsøger ikke have en berettiget forventning om, at sagsøgte ikke senere ville overgå til en vurdering af det varige erhvervsevnetab. Under hensyn hertil og til, at sagsøgte fulgte op på pensionsudbetalingerne ved at anmode sagsøger om opfølgningsskema i 2008 og i 2012, findes det

at være uden betydning for spørgsmålet om sagsøgtes eventuelle pligt til fortsat at yde dækning.

Det fremgår af forsikringsbetingelserne, at bedømmelsen af erhvervsevnen skal ske på grundlag af en helhedsvurdering under hensyn til sagsøgerens tidligere og nuværende helbredstilstand, uddannelse og tidligere beskæftigelse.

Ved vurderingen af omfanget af sagsøgers erhvervsevnenedsættelse skal der lægges vægt på både de lægelige oplysninger og resultaterne af relevante arbejdsprøvningsprøvnings. Det påhviler sagsøgeren at godtgøre, at hendes generelle erhvervsevne er nedsat med mere end halvdelen som følge af trafikuheldet i 2004.

Sagsøgeren har ikke ved de foreliggende oplysninger, herunder den gennemførte arbejdsprøvningsprøvnings og hendes forklaring, ført bevis for, at hun ikke ville kunne arbejde på mindst halv tid i arbejdsfunktioner, der tilgodeser hendes skånehensyn.

Efter indholdet af de lægelige udtalelser i sagen, herunder navnlig Retslægerådets udtalelse, finder retten heller ikke, at sagsøgeren har ført bevis for et generelt erhvervsevnetab på mindst halvdelen. Retten har herved blandt lagt vægt på, at sagsøgers svage kompetencer i de neuropsykologiske erklæringer hovedsageligt er henført til medfødte vanskeligheder og ikke til sygdom eller ulykke, og at der er diskrepans mellem sagsøgers klager over hovedpine og hendes fremtræden.

Sagsøger har således ikke bevist, at hun opfylder forsikringsbetingelserne.

Som følge heraf frifindes sagsøgte.

...

Thi kendes for ret:

Sagsøgte, PFA Pension, frifindes."