

Ankenævnet for Forsikring

Den 2. april 2025 blev i sag nr. 102206:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Topdanmark Forsikring A/S
Borupvang 4
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har bilforsikring. I klageskema af 30/8 2024 har klagerens repræsentant bl.a. anført:

"På vegne af vores klient, [klageren], fremsendes hermed en indsigelse mod TopDanmarks afgørelse vedrørende erstatningsudbetalingen i forbindelse med skaden på klientens bil den 17. januar 2024.

1. Forsikringsselskabets ansvar for erstatningens størrelse

I henhold til den rapport, som taksator har udarbejdet (bilag XXX), er det klart fastslået, at bilens værdi på hændelsestidspunktet udgjorde kr. 50.000,00. Vores klient har derfor ret til at modtage dette beløb i erstatning. Forsikringsselskabet har dog uretmæssigt afvist at udbetale det fulde beløb, som taksator har vurderet. Det er vores opfattelse, at forsikringsselskabet er forpligtet til at hæfte for hele det beløb, som er dokumenteret af taksator. Forsikringsaftaleloven (FAL) § 20 fastslår, at forsikringsselskabet er forpligtet til at dække det fulde tab, som forsikringstageren har lidt, hvilket inkluderer hele den dokumenterede værdi af det skadede køretøj.

2. Fortsat opkrævning af præmie efter hændelsestidspunktet

Det er endvidere vores opfattelse, at Topdanmark har handlet i strid med gældende praksis og regler ved fortsat at opkræve forsikringspræmier for en bil, som er erklæret totalskadet, og hvor forsikringsdækningen derfor ikke længere er relevant.

I henhold til Forsikringsaftalelovens § 3, skal forsikringsselskabet ophøre med at opkræve præmie fra det tidspunkt, hvor forsikringsobjektet (i dette tilfælde bilen) ikke længere eksisterer i forsikringsmæssig forstand. Hændelsen, der fandt sted den 17. januar 2024, medførte en totalskade, og forsikringsselskabet burde derfor have stoppet opkrævning af præmier fra denne dato.

Vi gør derfor krav på, at alle opkrævede præmier fra hændelsestidspunktet til dags dato tilbagebetales til vores klient med tilbagevirkende kraft. Endvidere skal der ikke opkræves yderligere præmier fremadrettet.

Herudover har vores klient lidt last iht. at skulle betale vægtafgift på en bil, som er totalskadet, men som forsikringsselskabet stik imod lovgivningen ikke har afmeldt, hvorfor vores klient fortsat opkræves vægtafgift. Dette ses ligeledes tilbagebetalt.

3. Krav om tilbagebetaling med tillæg af renter

I overensstemmelse med Forsikringsaftalelovens § 24, har vores klient krav på renter af det beløb, der uretmæssigt er blevet opkrævet og tilbageholdt af forsikringsselskabet. Renterne skal beregnes fra det tidspunkt, hvor præmierne uretmæssigt er blevet opkrævet, og indtil fuld tilbagebetaling har fundet sted.

På baggrund af ovenstående anmoder vi Ankenævnet om at pålægge Topdanmark at:

1. Udbetale kr. 50.000,00 til vores klient som erstatning for bilens værdi på hændelsestidspunktet.
2. Tilbagebetale alle præmier, der er opkrævet efter hændelsestidspunktet, med tillæg af renter i henhold til FAL § 24. Herunder ligeledes vægtafgiftsbetaling.
3. Ophøre med fremtidige præmieopkrævninger for den pågældende forsikring.

Vi henviser til den medsendte dokumentation (bilag D) og anmoder om, at sagen bliver behandlet hurtigst muligt, således at vores klient kan få den erstatning og tilbagebetaling, som vedkommende er berettiget til.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Selskabet skal tilpligtes overfor klager at yde erstatning for kaskoskaden jf. taksator opgørelse kr. 50.000. Eventuelle erstatningsudbetalinger skal forrentes i medfør af FAL §24.

Derudover skal selskabet tilpligtes overfor klager at erstatte klagers udgifter til repræsentation forud for sagens anlæg ved Ankenævnet for Forsikring."

Selskabet har den 19/9 2024 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Vi har modtaget besked om vores kundes klage over vores afgørelse. Vores kunde er navnlig utilfreds med erstatningens størrelse efter et færdselsuheld, hvor hans bil blev totalskadet. Vores kunde har derudover rejst nogle krav, som ikke tidligere har været rejst eller i øvrigt genstand for drøftelse.

I forbindelse med behandlingen af disse øvrige krav – ikke mindst krav om tilbagebetaling af præmie tilbage fra tidspunktet, hvor det stod klart, at bilen var totalskadet – er vi blevet opmærksomme på, at vores kunde svigagtigt har tegnet kaskodækning efter skadetidspunktet. På den baggrund ser vi os nødsagede til at trække dækningstilsagnet tilbage. Vi tilbagebetaler præmien betalt for kaskoforsikringen.

Tidslinje

Den 17. januar 2024 skete et færdselsuheld i et lyskryds. Vores kunde stødte sammen med en modpart forsikret i et andet selskab. Modpartens selskab har oplyst os, at deres kunde (dvs. mod-

parten) har angivet skadetidspunktet til kl. 9.45. Vores kunde har ikke angivet klokkeslæt i sin anmeldelse til os.

40 minutter efter skadetidspunktet ringede vores kunde til vores kundeservice (policeafdelingen) og bad om at få kaskoforsikring på sin bil. Bilen var alene forsikret med ansvarsdækning. Police fremlægges som bilag 1.

Følgende fremgår af vores interne retningslinjer, at når vi tegner kaskoforsikring på en bil, der kun er ansvarsforsikret:

Det er det vigtigt at spørge kunden om der er skader på køretøjet - fx buler i køretøjets karrosseri (skærme, døre, kåber m.m.) eller revne i forruden. Hvis der er eksisterende skader på køretøjet, er det vigtigt at orientere kunden om, at de i så fald ikke er dækket af kaskodækningen. Kendte skader noteres på policen med en tekst.

Da samtalen ligger mere end 6 måneder tilbage i tid, vil en eventuel optagelse nu være slettet. Vi kan dog se, at kundeservicemedarbejderen efter samtalen med kunden bad kunden sende en mail med fotos af bilen 'så vi kan se standen på den'. (Bilag 2) Dette understøtter efter vores opfattelse, at kundeservicemedarbejderen har fortalt kunden, at allerede indtrådte skader ikke dækkes. Der er ingen policetekst på den police, som blev udstedt efter kundens henvendelse, hvorfor vi må lægge til grund, at kunden ikke har fortalt om nogen eksisterende skader. Policen udstedt den 17. januar fremlægges som bilag 3.

Samme dag – den 17. januar – kl. 12.41 (altså ca. 2 timer efter, vores kunde fik tegnet kaskodækning og ca. 3 timer efter færdselsuheldet) ringede vores kunde til vores skadeafdeling og anmeldte skaden. (Bilag 4) Kl. 12.47 var skaden anlagt og vi sendte vores kunde en anmeldelseskvittering (Bilag 5). Da der på anmeldelsestidspunktet var tegnet kaskodækning, gik anmeldelsen igennem systemet, skaden blev dækket og bilen erklæret totalskadet. Her opstod tvisten, om vores kunde skulle have 45.000 kr. i erstatning før selvrisiko, som vurderet af taksator, eller 50.000 kr., som han selv syntes.

Kl. 13.32 sendte vores kunde billeder af bilen til kundeservice, som kvitterede for modtagelsen (bilag 6).

Den 19. januar 2024 modtog vi en opsigelse af hele bilforsikringen fra et andet selskab med virkning fra 1. marts. (Bilag 7).

Vores vurdering

Det er et helt grundlæggende princip inden for forsikringer, at man ikke kan forsikre sig mod en allerede indtrådt skade. Det er netop, hvad vores kunde her har forsøgt at gøre.

Vores kunde ringede til os 40 minutter efter skaden var sket og bad om at tilkøbe en kaskodækning til sin bil. Vores kunde undlod at oplyse os om, at der netop var indtrådt en skade og han undlod ligeledes at oplyse vores skadeafdeling om, at skaden var sket, før han tilkøbte kaskodækning, da han to timer senere ringede til dem for at anmelde skaden. Han har åbenlyst mod bedre vidende illoyalt forholdt os væsentlige oplysninger med det formål at først at få tegnet en kaskodækning, som han ellers ikke ville have fået, og dernæst få udbetalt en erstatning, som han ikke var berettiget til. Til al held er erstatningen endnu ikke udbetalt og bliver det heller ikke efter sa-

gens rette sammenhæng i forbindelse med besvarelsen af nærværende ankenævnsklage står os klart. Forholdet skal efter vores opfattelse bedømmes efter FAL § 4 eller principperne deri.

Forsikringsaftalelovens § 4:

Har forsikringstageren ved forsikringens tegning svigagtig givet urigtig oplysning om eller fortiet en omstændighed, som må antages at være af betydning for selskabet, er aftalen ikke bindende for dette. Det samme gælder, hvis hans forhold i øvrigt har været af en sådan art, at det ville stride mod almindelig hæderlighed at gøre aftalen gældende.

Vi henviser også til nævnets tidligere kendelse 86718 (bilag 15), hvor klager på en ligeledes svigagtig måde forholdt selskabet væsentlige oplysninger, der lå frisk i erindring. Konsekvensen var at bedømme forholdet efter FAL § 4 er, at vi stiller vores kunde som om kaskoforsikringen aldrig er tegnet. Vi tilbagebetaler derfor præmien helt tilbage fra indtegnings tidspunktet og ikke først fra det tidspunkt, hvor det stod klart, at bilen ikke længere grundet totalskaden ville køre på vejene (hvor risikoen for skader på bilforsikringen derfor er ophørt).

Uanset om forholdet rubriceres under FAL § 4 eller ej, er det åbenbart, at vores kunde ikke kan få dækket en skade, der var indtrådt, på det tidspunkt, hvor man anmodede om forsikringsdækning, jf. FAL § 11 og principperne om skadeårsagsprincippet, jf. også nævnets kendelse 87790 (bilag 16).

Forsikringsaftalelovens § 11

Er forsikringsaftale sluttet, uden at det er bestemt, når ansvaret skal begynde, anses selskabets ansvar at indtræde allerede på det tidspunkt, da selskabet eller forsikringstageren afsender meddelelse om, at den anden parts tilbud antages.

Vi henviser også til Karnovs noter til denne bestemmelse (bilag 8), hvoraf bl.a. fremgår:

Hvis ikke andet er aftalt gælder der i forsikringsretten et skadeårsagsprincip dvs. at forsikringsbegivenheden skal være sket i forsikringstiden, men ikke nødvendigvis manifesteret sig i denne. Omvendt dækkes skader, der er sket før forsikringstiden ikke.

Vi bemærker i øvrigt, at den forklaring, som vi har modtaget fra vores kunde om selve færdselsuheldet og den forklaring, som modpartens selskab har modtaget fra sin kunde, adskiller sig væsentligt fra hinanden. Hvis man lægger modpartens forklaring til grund, bærer vores kunde hele skylden for uheldet, og vil derfor ikke være berettiget til erstatning fra modpartens ansvarsforsikring, hvorfor vores kunde har stor økonomisk interesse i at få erstatning fra os via en kaskodækning.

Herudover bemærker vi, at vores kunde udmærket var klar over, at han ikke havde kaskodækning, idet han primo januar 2024 anmeldte en vaskehalsskade, som han den 8. januar (altså 9 dage før færdselsuheldet) fik afvist netop med den begrundelse, at han ikke havde kaskodækning (se bilag 9).

Endelig understøtter det forhold, at vores kunde opsigde forsikringen kun to dage efter han havde tegnet den, at hans eneste bevæggrund for at tegne kaskoforsikring på bilen var at få dækket den allerede indtrådte skade.

På baggrund af ovenstående trækker vi det dækningstilsagn, vi har givet under falske forudsætninger, tilbage. Vi tilbagebetaler den betalte præmie med tillæg af renter for at undgå enhver tvist om renter.

Hvad angår spørgsmålet om vægtafgift (ejerafgift) og afmelding af bilen, så har dette spørgsmål ikke været drøftet tidligere. Uanset at vores kunde selv har mulighed for at afmelde bilen ved at henvende sig til Motorstyrelsen herom, skal vi med henblik på at undgå tvist om en petitesse i lyset af det langt mere alvorlige forhold om svig, som sagen har vist sig at indeholde, være indstillede på at refundere vores kundes dokumenterbare ejerafgifter afholdt i perioden efter den 1. februar 2024. Vi skal opfordre vores kunde til at sende os dokumentation herfor på [e-mailadresse] med skadenummeret i emnefeltet, hvorefter vi vil håndtere en eventuel udbetaling.

Vi afviser ethvert øvrigt krav mod os, dog erstatter vi naturligvis ansvarsskaden. Vores kunde er ved mail af 19. september 2024 blevet orienteret om, at vi afviser kaskoskaden.

Hvis nævnet finder, at vi skal erstatte kaskoskaden

Bilens handelsværdi

Skulle nævnet mod forventning nå frem til, at vi skal erstatte kaskoskaden, vil vi her redegøre for, hvorfor vi har opgjort erstatningen til 45.000 kr.

Den skaderamte bil er en [bilmærke og model], indregistreret første gang i 2002. Den havde på skadetidspunktet kørt 629.410 km. Vilkår fremlægges som bilag 10. Udgifterne til reparation af bilen efter færdselsuheldet den 17. januar 2024 er blevet opgjort til 134.097,31 kr., jf. bilag 11 (autotaksrapporten).

Vores taksator har vurderet, at bilens handelsværdi umiddelbart forud for skaden var 45.000 kr. Da reparationsudgifterne overstiger den lovmæssigt fastsatte grænse på 75 % af bilens handelsværdi, jf. Registreringsafgiftslovens § 7, er bilen derfor totalskadet.

Vores kunde er utilfreds med erstatningsbeløbet. Han mener, at bilen er 50.000 kr. værd og krævet dette i erstatning. Vores kunde baserer tilsyneladende sit krav på en vurdering fra mekanikeren, jf. vores kundes bilag D.

Det fremgår af klagen til nævnet, at vores kunde og hans rådgiver er af den opfattelse, at de 50.000 kr. er taksators vurdering. Det er det ikke. Det er værkstedets 'skrivebordsvurdering', som ikke tager udgangspunkt i den konkrete bils stand.

Vi bemærker, at det er svært at værdisætte en bil, der er 22 år gammel og har kørt mere end 600.000 km. Der findes simpelthen ikke så mange på markedet at sammenligne med og de biler, der faktisk findes, er i vidt forskellig stand. Nogle vil være velholdte og have fået udskiftet vitale dele og løbende vedligeholdte. Andre vil være meget slidte. Vores kundes bil binder sig i sidstnævnte kategori. Både karosseriet som mekanikken var i dårlig stand. Den var rustplaget og vores overtaksator bemærkede, at hele motoren rystede, da den blev startet.

Taksator har lavet sin egen vurdering. Hans vurdering er 5.000 kr. lavere end værkstedets grundet den dårlige stand, som bilen var i forud for skadetidspunktet.

1. 2 forsikringsgennemtæret (udskiftning)
2. venstre bagskærm rusten og stor bule (udskiftning/opretning)
3. Højre fordør Rusten (reparation)

4. Rustbobler i tag (lakering)
5. A/C kompressor defekt støjer (udskiftning)

Vi henviser til bilag 12, som er en mailkorrespondance mellem vores kunde, taksator og overtaksator og bemærker i øvrigt, at 45.000 kr. er en endog meget flot erstatning for en 22 år gammel bil, der har kørt mere end 600.000 km.

Opgørelsen af et erstatningsbeløb sker altid skønsmæssigt, jf. også nævnets tidligere kendelse 86593 (bilag 17). Der er ikke mange biler af det pågældende mærke og model af samme eller tilsvarende alder og med lige så mange kørte kilometer. Vi fremlægger dog som bilag 13 den af taksator foretagne markedsanalyse. Som bilag 14 fremlægges foto af den skaderamte bil. Skaden, der skete den 17. januar, er bulen i højre bagdør, og den skal der naturligvis ses bort fra, når man vurderer bilens stand.

Vi bemærker for en god ordens skyld, at den opgjorte erstatning på 45.000 er før fratrækning af selvrisiko. Forsikringen er tegnet med en selvrisiko på 7.664 kr. og dette beløb vil blive fratrukket ved en eventuel udbetaling af erstatning på ansvars- eller kaskoskaden.

Renter

Hvis nævnet finder, at vi skal erstatte kaskoskaden, vil der blive beregnet renter efter FAL § 24.

[Repræsentant]

Vores kunde kræver, at vi erstatter ikke-opgjorte udgifter til bistand fra [klagerens repræsentant]. Vi finder det åbenbart henset til svigsituationen, som [klagerens repræsentant] næppe af vores fælles kunde er blevet oplyst om, at der ikke skal erstattes rådgiverudgifter.

Vi skal hertil bemærke, at [klagerens repræsentant] først er indtrådt i sagen, efter vores kunde havde klaget til vores kundeklageansvarlige. [klagerens repræsentant] bad om indsigt i bilag fra vores sagsbehandling. Efter at have modtaget indsigt og efter at vores kunde havde fået svar fra vores klageansvarlige, sendte vores kunde den som bilag B fremlagte skrivelse til os. Det er det eneste, vi har modtaget fra [klagerens repræsentant], forud for indbringelse af sagen for ankenævnet. Det må derfor være arbejdet med at skrive det to sider lange brev med omtale af praksis, der i vid udstrækning bærer præg af at være en generel skrivelse uden noget konkret om vores kundes sag (udover beløbene), som vores kunde nu kræver, at vi erstatter udgiften til.

Vi afviser, at [klagerens repræsentant] har bidraget relevant til sagen forud for dens indbringelse for nævnet, og at det derfor har været rimeligt og nødvendigt af afholde udgifter til [klagerens repræsentant] herfor, jf. FAL § 32, stk. 3. Vi bemærker, at vi ej heller har fået nogen faktura, eller aftale mellem vores kunde og [klagerens repræsentant], der viser, hvordan og med hvor meget [klagerens repræsentant] skal honoreres. Afhængigt af fakturabeløbet på den tilsyneladende endnu ikke udstedte faktura, mener vi heller ikke det er proportionalt at engagere ekstern rådgivning for et krav på 5.000 kr., som der her er tale om. Vi afviser derfor krav om erstatning for påståede udgifter til [klagerens repræsentant]."

Klagerens repræsentant har i brev af 22/10 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Forsikringsselskabet har afvist kravet om erstatning efter totalskaden på forsikringstagers bil. Sagen er nu indbragt for Ankenævnet for Forsikring, idet vi ønsker nævnets vurdering af forsikrings-selskabets afvisning, som efter vores opfattelse er ubegrundet og urimelig.

Vi skal gøre det fuldstændig klart, at forsikringsselskabets afvisning henledes til FAL § 4 – svig.

Sagens baggrund

Den pågældende bil blev totalskadet for 10 måneder siden, og forsikringsselskabet har under sagens forløb både anerkendt skaden, opgjort handelsværdien til 50.000,00 kr. og givet tilsagn om dækning baseret på taksatoropgørelsen. Forsikringsselskabet har således i over et halvt år opretholdt dækningstilsagnet og behandlet sagen som værende berettiget til erstatning.

Nu – 10 måneder efter ulykken – har forsikringsselskabet pludselig trukket dækningstilsagnet tilbage under henvisning til, at bilen ikke skulle have været forsikret på skadestidspunktet, og at forsikringstager angiveligt skulle have tegnet kaskoforsikringen efter skaden. Vi anser dette for værende en direkte urimelig behandling af sagen.

Selskabets sene afvisning er i strid med reglerne om unødigt forsinkelse

Det er vigtigt at fremhæve, at forsikringsselskabet i henhold til lovgivningen skal oplyse forsikringstager om alle relevante forhold uden unødigt ophold, jf. reglerne om FAL § 8. Da der nu er gået 10 måneder, og selskabet under hele forløbet har opretholdt sit dækningstilsagn, burde selskabet langt tidligere have gjort indsigelse mod dækningen, hvis de mente, der var grundlag herfor. Selskabets pludselige afvisning nu, så lang tid efter hændelsen, er derfor ikke i overensstemmelse med deres pligt til at handle hurtigt og effektivt.

Derudover har selskabet allerede opgjort bilens værdi og baseret erstatningskravet på denne opgørelse. Der er derfor ingen tvivl om, at selskabet i måneder har accepteret kravet som berettiget, og vi ser ingen saglige grunde til, at deres nye indsigelser skal have nogen betydning for erstatningens størrelse, som er sagens hovedanliggende.

Selskabets påstand om forsikringssvig er ubegrundet

Forsikringsselskabet påstår nu, at der skulle være tale om forsikringssvig, fordi kaskoforsikringen ifølge dem blev tegnet efter skaden. Dette argument kan ikke tages til følge. Der kan være mange årsager til, at en forsikring kan være blevet tegnet kort før en skade, man er ikke herre over, hvornår ulykker indtræffer. Forsikringsselskabet har endvidere en skærpet bevisbyrde, når de påberåber sig, at der skulle være tale om svig eller urigtige oplysninger i forbindelse med forsikringens indtegnings. Selskabet har ikke løftet denne bevisbyrde.

Vi vil her henvise til Ankenævnet for Forsikrings kendelse 89.294, som er sammenlignelig med nærværende sag. I denne sag gjorde selskabet ligeledes gældende, at forsikringstager havde givet svigagtige oplysninger ved indtegningen, men nævnet fandt, at selskabet ikke kunne påberåbe sig disse forhold, da de ikke havde gjort indsigelse uden unødigt ophold, jf. FAL § 8. Nævnet understregede desuden, at selskabet bærer en streng bevisbyrde for, at forsikringstager har afgivet urigtige oplysninger ved indtegningen. I vores sag er der ikke tale om urigtige oplysninger ved bilens forsikring, og selskabet har ikke dokumenteret, at der skulle være noget grundlag for selskabets påstand om svig.

Opsummering og konklusion

På baggrund af ovenstående må vi fastholde kravet om, at forsikringsselskabet opretholder deres oprindelige dækningstilsagn og udbetaler erstatningen på 50.000,00 kr., som er fastsat på baggrund af taksatoropgørelsen. Selskabets pludselige indsigelser er fremsat alt for sent og uden til-

Ankenævnet for Forsikring

8.

102206

strækkelig dokumentation, og deres håndtering af sagen strider mod både lovgivning og god forsikringspraksis.

Ydermere ses det af praksis, at såfremt at et forsikringsselskab, vil påberåbe sig bestemmelsen i FAL § 4, så påhviler det forsikringsselskabet at løfte bevisbyrden, ikke blot for at forsikringstager, har afgivet urigtige risikooplysninger, men også at forsikringsselskabet, ikke ville have overtaget dennes risiko, såfremt der var blevet oplyst de korrekte risikooplysninger, ved indtegningen af forsikringen.

Vi henviser desuden til dommen U.2004.1572.H, som klart fastslår, at forsikringstager skal have handlet med forsæt for, at der kan være tale om svigagtige oplysninger. Dette krav opfyldes ikke i nærværende sag, selvom selskabet gentagne gange har påberåbt sig svig."

Selskabet har i brev af 4/11 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Repræsentanten anfører, at vi har reageret for sent og henviser til FAL § 8. FAL § 8 omhandler ikke tilfælde omfattet af FAL § 4 (svigagtig fortællelse af betydningsfulde omstændigheder). Vi er først blevet opmærksomme på sammenhængen ved besvarelsen af indeværende ankenævnsklage. Repræsentanten henviser til nævnets kendelse 89.294. Den sag omhandlede en FAL § 6-situation, hvorfor kendelsen ikke kan føre til andet resultat."

Klagerens repræsentant har i brev af 6/1 2025 bl.a. anført:

"... Selskabet har ikke overholdt fristen i henhold til Forsikringsaftalelovens § 8.

Selskabet var allerede ved tidligere skadesanmeldelser i besiddelse af oplysninger, som de nu mere end ti måneder inde i skadesagen frembringer. Trods denne viden undlod selskabet at reagere rettidigt og påberåbe sig forholdet.

FAL § 8 fastslår, at forsikringsselskabet skal reklamere uden unødigt ophold, når det bliver opmærksomt på omstændigheder, der kan begrunde en ophævelse eller afvisning af dækning.

Selskabets passivitet i denne sag viser en klar tilsidesættelse af denne pligt. Ved ikke at påberåbe sig oplysningerne om forholdene på et tidligere tidspunkt har selskabet reelt accepteret forsikringens fortsatte eksistens, hvilket gør deres senere forsøg på ophævelse ugyldigt.

På baggrund af ovenstående påstår vi, at selskabets manglende rettidige reklamation efter FAL § 8 medfører, at forsikringen ikke kan ophæves med tilbagevirkende kraft, og at dækning for den anmeldte tyveriskade skal ydes i overensstemmelse med forsikringsaftalen."

Nævnet har fået forelagt bilag, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af selskabets e-mail af 17/1 2024 kl. 10.26 fremgår bl.a.:

"Som aftalt skal jeg bruge 4 billeder af bilen, så vi kan se standen på den ifm. udvidelse til kaskoforsikring på bilen.

...

Ankenævnet *for* Forsikring

9.

102206

Så snart jeg har dem, arkiverer vi dem ifm. kaskoforsikring på bilen."

Ankenævnet for Forsikring

10.

102206

Af screenshot af anmeldelse af 17/1 2024 fremgår bl.a.:

"Skadedato: 17-01-2024
Skadetidspunkt:
Anmeldt d. 17-01-2024
Anmeldt, tid: 12:41".

Af selskabets telefonnotat af 18/9 2024 fremgår bl.a.:

"Det blev først tegnet kaskodækning på skadedagen, den 17. januar 2024.

Kunden var i telefonisk kontakt med os kl. ca. 10.25 den 17. januar om kaskodækning og vi bad ham om at sende 4 billeder til os til brug for vurdering af, om vi ville tegne kaskodækning. Vi modtog først billederne kl. 13.34, dvs. 50 minutter EFTER skadeanmeldelsen. Kasko må dog have været kommet på inden, for skaden er gledet lige gennem systemet (TopPro)

Telefonisk forespurgt har modpartens forsikringsselskab, ..., oplyst, at deres kunde anmeldte skaden den 18. januar og oplyste, at skadetidspunktet var den 17. januar kl. 9.45.

Vi har dog meddelt dækning, og vi skal tage stilling til, om vi vil/kan trække dækningstilsagnet tilbage.

Oprettelsesdato 18-09-2024 10:07."

Det fremgår af forsikringsbetingelserne:

"19. Hvilke skader er dækket?

1. Kasko dækker enhver skade på bilen og tab af bilen ved tyveri og røveri, medmindre det er undtaget i pkt. 20."

Nævnet udtaler:

Klageren ringede den 17/1 2024 ca. kl. 10.25 til selskabet og anmodede om kaskoforsikring på sin bil. Klageren anmeldte den 17/1 2024 kl. 12.41, at bilen samme dag blev skadet i et sammenstød i lyskryds. Selskabet har erklæret bilen totalskadet og vurderet bilens handelsværdi til 45.000 kr. Klageren er utilfreds med selskabets erstatningsopgørelse. Selskabet har under sagen for nævnet trukket sit dækningstilsagn tilbage og har ophævet kaskoforsikringen med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet med henvisning til, at klageren svigagtigt har tegnet kaskodækning efter skadetidspunktet. Selskabet har i anden række afvist dækning med henvisning til, at klageren ikke kan få dækket en skade, der var indtrådt på det tidspunkt, hvor klageren anmodede om forsikringsdækning, jf. FAL § 11, og skadeårsagsprincippet. Klageren ønsker

erstatning på 50.000 kr., tilbagebetaling af præmie inkl. renter opkrævet efter hændelsestidspunktet, tilbagebetaling af vægtafgift og dækning for udgifter til repræsentation forud for sagens indbringelse for nævnet.

Selskabet har anført, at klageren ikke har angivet klokkeslæt for ulykkestidspunktet i sin anmeldelse, og at modpartens forsikringsselskab har oplyst, at modparten har angivet skadetidspunktet til kl. 9.45. Selskabet har på den baggrund anført, at klageren ringede til selskabet 40 minutter efter, at skaden var sket og anmodede om at tilkøbe kaskodækning. Selskabet har anført, at klageren undlod at oplyse om, at der allerede var indtrådt en skade, hvorfor klageren mod bedre vidende illoyalt har forholdt selskabet væsentlige oplysninger med det formål at få erstatning, som han ikke var berettiget til. Selskabet har anført, at modpartens og klagerens forklaringer om færdselsuheldet adskiller sig væsentligt fra hinanden. Hvis man lægger modpartens forklaring til grund, bærer klageren hele skylden for uheldet, hvorfor klageren ikke vil være berettiget til erstatning fra modpartens ansvarsforsikring. Selskabet har anført, at klageren opsagde forsikringen kun to dage efter, at han havde tegnet den, hvilket underbygger, at bevæggrund for kaskoforsikringen var at få dækket den allerede indtrådte skade. Selskabet har tilkendegivet, at selskabet er indstillet på dels at refundere klagerens dokumenterbare ejerafgifter afholdt efter den 1/2 2024, dels at tilbagebetale den betalte præmie med tillæg af renter.

Klageren har anført, at "forsikringsselskabet påstår nu, at der skulle være tale om forsikringssvig, fordi kaskoforsikringen ifølge dem blev tegnet efter skaden. Dette argument kan ikke tages til følge. Der kan være mange årsager til, at en forsikring kan være blevet tegnet kort før en skade, man er ikke herre over, hvornår ulykker indtræffer". Klageren har anført, at selskabet ikke har overholdt fristen for at ophæve forsikringen i forsikringsaftalelovens § 8. Klageren har anført, at selskabet har opretholdt dækningstilsagn på 50.000 kr. i over et halvt år, og at selskabet langt tidligere burde have gjort indsigelse mod dækningen, hvis selskabet mente, der var grundlag herfor. Klageren har anført, at selskabet ikke har bevist, at klageren har handlet med forsæt eller, at der foreligger svig.

Ankenævnet for Forsikring

12.

102206

Det fremgår af selskabets notat af 18/9 2024, at "Kunden var i telefonisk kontakt med os kl. ca. 10.25 den 17. januar om kaskodækning og vi bad ham om at sende 4 billeder til os til brug for vurdering af, om vi ville tegne kaskodækning. Vi modtog først billederne kl. 13.34, dvs. 50 minutter EFTER skadeanmeldelsen. Kasko må dog have været kommet på inden, for skaden er gledet lige gennem systemet (TopPro). Telefonisk forespurgt har modpartens forsikringselskab, [andet forsikringselskab], oplyst, at deres kunde anmeldte skaden den 18. januar og oplyste, at skadetidspunktet var den 17. januar kl. 9.45".

Nævnet bemærker, at det er klageren, der skal bevise, at skaden er opstået i forsikringstiden.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ikke har bevist, at den anmeldte kaskoskade er opstået i forsikringstiden. Nævnet finder, at selskabet under de konkrete omstændigheder har været berettiget til at trække dækningstilsagnet vedrørende kaskoskaden tilbage. Nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet har afvist at yde dækning.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på selskabets oplysning om, at klageren anmodede om tilkøb af kaskodækning kl. ca. 10.25, og at modparten har angivet ulykkestidspunktet til kl. 9.45. Nævnet bemærker, at klageren ikke har fremlagt dokumentation dels for tidspunktet for hans telefonopkald til selskabet, dels for at ulykken er sket efter, at klageren har tilkøbt kaskodækningen.

Nævnet har i den forbindelse lagt vægt på til selskabets oplysning om, at klageren ifølge modpartens forklaring bærer fuld skyld for sammenstødet, og at klageren i så fald ikke vil være berettiget til erstatning fra modpartens ansvarsforsikring.

Nævnet har også lagt vægt på, at selskabet afgav dækningstilsagnet under den afgørende, men urigtige forudsætning, at kaskoskaden var opstået efter, at klageren havde tilkøbt kaskoforsikringen. Klageren adfærd har i den forbindelse været afgørende for, at selskabets dækningstilsagn blev afgivet under urigtige forudsætninger.

Ankenævnet for Forsikring

13.

102206

Nævnet finder henset til sagens karakter og udfald, at der ikke er grundlag for at pålægge selskabet at dække klagerens udgifter til repræsentation.

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan ikke føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Klagegebyret tilbagebetales, idet selskabet i forbindelse med sagens behandling for nævnet delvist har imødekommet klagerens krav.



Peter Thønnings