

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 10. september 2025 blev i sag nr. 103430:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Tryg Forsikring A/S
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har børne-, person-, indbo- og bilforsikring. I klageskema af 17/4 2025 har klageren bl.a. anført:

"Vedrørende klage over FDM/TRYG – Afvisning af udvidet sundheds- og ulykkesforsikring
Jeg ønsker hermed at indgive en formel klage over FDM/TRYG vedrørende afvisning af min anmodning om at tegne udvidet sundheds- og ulykkesforsikring.

Jeg har sundhedsforsikring hos FDM/TRYG under policenummer ... og derudover betaler jeg særskilte præmier for forskellige andre forsikringer, herunder ulykkes- og indboforsikring for både mig selv og [familiemedlemmer]. Hver forsikring har sit eget policenummer og sin egen betaling.

Den 10. april 2025 kontaktede jeg FDM/TRYG for at få et tilbud på udvidet sundheds- og ulykkesforsikring. Tilbuddet blev givet telefonisk af en medarbejder, ..., og jeg accepterede tilbuddet samme dag. Kort efter blev jeg imidlertid informeret om, at FDM/TRYG alligevel ikke ville lade mig tegne de ønskede udvidelser.

Som begrundelse for afslaget blev anført, at jeg tidligere har haft skader på min bilforsikring, hovedsageligt parkeringsskader. Jeg undrer mig over, at skader på bilforsikringen anvendes som argument for at afvise udvidelse af personrelaterede forsikringer som sundhedsforsikring og ulykkesforsikring.

Det er min klare opfattelse, at sundheds- og ulykkesforsikringer bør vurderes særskilt, baseret på historikken for disse konkrete forsikringer – og ikke sammenblandes med forhold relateret til en bilforsikring. Dette er særligt relevant i situationer som eksempelvis dækning ved tandskader, hvor bilens skadeshistorik er helt irrelevant.

Ankenævnet for Forsikring

2.

103430

Jeg har aldrig anmeldt skader på mine personrelaterede forsikringer, hvilket dokumenterer, at jeg ikke udgør en forhøjet risiko på disse områder.

Jeg mener derfor, at FDM/TRYGs praksis er usaglig, uhensigtsmæssig og i strid med almindelige principper om individuel risikovurdering.

Jeg anmoder Ankenævnet om at tage stilling til:

Om FDM/TRYG kan afvise udvidelse af min sundheds- og ulykkesforsikring med henvisning til skader på en helt anden forsikringstype (bilforsikring).

Om det ikke må forventes, at hver forsikringstype vurderes selvstændigt ud fra egne skadeforhold.

...

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

At de ikke blander forsikringstyper sammen - og at jeg kan tegne udvidet sundheds- og ulykkesforsikring på mig og [familiemedlemmer] - uafhængig af skader på en bil."

Selskabet har den 6/6 2025 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Sagen vedrører, at klageren er utilfreds med, at selskabet har afvist at ville udvide person- og børneforsikringerne på hende og hendes børn, idet hun på grund af skadehistorik på bilforsikringen er registreret som en 'rød kunde' i selskabets systemer på hele hendes kundeforhold.

Selskabet har afvist tegning af yderligere dækninger, da der ikke er tale om lovpligtige forsikringer, hvorfor der ikke er kontraheringspligt, og selskabet ikke ønsker at overtage risikoen.

Sagsfremstilling

Klageren tegnede pr. 22. juni 2023 en bilforsikring hos selskabet omfattende ansvars- og kaskoforsikring.

Den 22. november 2023 anmeldte hun den første skade på bilen, og i perioden frem til 12. marts 2025 anmeldte klageren i alt 10 skader på bilforsikring med en samlet skadeudgift for selskabet på 68.985,52 kr. Seks af skaderne vedrørte, at klageren havde påkørt forskellige ting med bilen.

I samme periode tegnede klageren desuden to børneforsikringer, en personforsikring og en indboforsikring således, hun betalte en årlig præmie på 10.859 kr.

Oversigt over anmeldte skader fremlægges som **bilag 1**.

Den 10. april 2025 bad klageren via selskabets hjemmeside om at blive kontaktet vedrørende sine person- og børneforsikringer.

Selskabet ringede derfor klageren op samme dag, og da der er tale om et udgående opkald fra selskabet, er samtalen ikke blevet optaget.

Til brug for ankenævns sagen er samtalen dog blevet drøftet med den pågældende rådgiver, der oplyste, at klageren ønskede at blive ringet op, hvilket han gjorde. Klageren spurgte under samtalen ind til priser på udvidelse af hendes person- og børneforsikringer, hvilket hun fik oplyst.

Herefter meddelte klageren, at hun gerne ville tegne de pågældende udvidelser på forsikringerne, hvorefter rådgiveren med det samme meddelte, at det ikke var muligt for hende at tegne, idet hun på grund af skadehistorikken var registreret som rød kunde, og selskabet derfor ikke var indstillet på at overtage yderligere risiko på hendes kundeforhold.

Klageren anførte herefter, at der skulle været blevet indgået en mundtlig aftale, som selskabet var bundet af. Rådgiveren fastholdt, at der ikke var indgået en aftale, og at det ikke var muligt for ham at tilbyde en udvidelse af hendes forsikringer.

Rådgiveren fulgte samtalen op med en mail til klageren, hvori der på skrift var en begrundelse for afslaget. Mailen ses fremlagt af klageren.

Herefter vendte klageren dagen efter tilbage på mail og påstod, at hun var blevet lovet, at hun ville få tilsendt et tilbud, og at hun skulle trykke 'accepter'. Derudover anførte hun, at hun havde accepteret tilbuddet mundtligt. Mailen ses ligeledes fremlagt af klageren.

Samtidig med mailen kontaktede hun også selskabet telefonisk for at drøfte sagen.

Rådgiveren besvarede mailen samme dag og fastholdt, at det ikke var muligt for klageren at tegne udvidelser på hendes forsikringer på grund af skadehistorikken.

Den 22. april 2025 sendte klageren en ny mail til selskabet med utilfredshed over afvisningen.

Selskabet fastholdt afvisningen samme dag og henviste til selskabets klageansvarlige afdeling, såfremt klageren ønskede at klage over afgørelsen.

Kopi af korrespondancen fremlægges som **bilag 2**.

Dagen efter kontaktede klageren igen selskabet telefonisk, hvor hun blev oplyst, at hun ikke kunne udvide dækningerne, og at der var givet klagevejledning til selskabets klageansvarlige.

Klageren indbragte herefter uden videre sagen for Ankenævnet for Forsikring.

Selskabets vurdering

Klageren har i klageskemaet til nævnet anført, at hun anser det for usagligt, uhensigtsmæssigt og i strid med almindelige principper om individuel risikovurdering, at skadehistorikken på hendes bilforsikring har betydning for hendes øvrige kundeforhold, således hun ikke har kunnet tegne udvidede dækninger på hendes personforsikringer.

Derfor beder hun nævnet tage stilling til, om selskabet kan afvise tegning af en udvidelse til en forsikring begrundet i skadehistorikken på en anden forsikring.

Klageren ønsker som nævnt at udvide dækningerne på sin personforsikring og børneforsikringerne på hendes to børn, hvorfor sagen vedrører udvidelses af dækningen på ikke-lovpligtige forsikringer, der ikke er omfattet af kontraheringspligt.

På grund af et meget stort antal skader på bilforsikringen og en samlet skadeudgift, der langt overstiger den erlagte præmie på alle klagerens forsikringer, er klageren med hele sit kundeforhold blevet registreret som 'Rød kunde' hos selskabet.

En rød kunde hos selskabet har grundet den konkrete historik en forventet højere risiko for fremtidige skader end for tilsvarende grønne kunder. Det betyder, at selskabet ikke ønsker at indtegne ny risiko for sådanne kunder, hvilket medfører, at salg af nye forsikringer eller udvidelse af risikoen på eksisterende forsikringer vil blive afvist.

Ovenstående fremgår nedskrevet af selskabets indtegningsregler for røde kunder. Da der er tale om et konkurrenceparameter, fremlægges indtegningsreglerne fortroligt for nævnet som **bilag 3**.

Selskabet bemærker, at der i dansk ret som udgangspunkt gælder aftalefrihed, medmindre der er tale om lovpligtige forsikringer, hvor der konkret er indført kontraheringspligt.

Aftalefriheden er for forsikringsselskaber modificeret af reglerne om god skik, der blandt andet stiller krav om, at forsikringsselskaber skal handle redeligt og loyalt overfor deres kunder. Der kan i dette indfortolkes et krav om saglighed og proportionalitet.

På baggrund af ovenstående er det selskabets vurdering, at selskabet har handlet både redeligt og loyalt overfor klageren, ligesom afvisningen på tegning af udvidede dækninger er sagligt begrundet i risikoen og proportional set i forhold til formålet og de øvrige muligheder, selskabet havde for at begrænse sin risiko. Derfor har selskabet været berettiget til at afvise tegning af nye dækninger på klagerens person- og børneforsikringer.

Ved vurderingen har selskabet lagt vægt på, at der ikke er tale om lovpligtige forsikringer underlagt kontraheringspligt, og at det derfor i udgangspunktet er selskabets vurdering, hvorvidt og på hvilke vilkår, man ønsker at overtage risikoen.

Selskabet har også lagt vægt på, at afslaget er begrundet i den konkrete risiko, som klagerens skadehistorik udgør, og at selskabet ikke ønsker at udvide en sådan risiko, da historikken viser, at klagerens kundeforhold ikke er rentabelt og er langt fra at blive det. Det er selskabets vurdering, at dette udgør en saglig begrundelse for afvisningen.

Selskabet har også lagt vægt på, at selskabet har valgt den mindst indgribende mulighed for at begrænse yderligere risiko ved alene at afvise udvidelser af risikoen. Klageren har således ikke fået opsagt sine forsikringer eller er blevet pålagt skærpede vilkår, hvilket havde været alternative muligheder for selskabet, som ville have haft større indvirkning på klageren både i en skadesituation, men også ved et eventuelt selskabsskifte. Selskabets ageren har derfor været proportional.

Sammenfatning

Sammenfattende er det selskabets vurdering, at selskabet har været berettiget til at afvise at udvide dækningerne på klagerens person- og børneforsikringer hos selskabet."

Klageren har i kommentar af 23/6 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg synes det er mega frækt og tarveligt at selskabet hævder følgende:

"hvorefter rådgiveren med det samme meddelte, at det ikke var muligt for hende at tegne, idet hun på grund af skadehistorikken var registreret som rød kunde, og selskabet derfor ikke var indstillet på at overtage yderligere risiko på hendes kundeforhold."

Det blev overhovedet IKKE nævnt ved første indgående opkald fra Tryg. Vi drøfte priser og muligheder og ja jeg hævder og holder fast i at jeg accepterede det tilbud som blev givet. Jeg fik at vide at jeg skulle holde øje med min mail, hvor jeg vil kunne se den opdateret police med priser. Men jeg får at vide pr. mail at ... har drøftet sagen med en rådgiver og at DET IKKE kan lade sig gøre alligevel.

Hvis jeg mundtligt var blevet oplyst det i 1. indgående opkald fra ..., hvorfor skal jeg reagere kraftigt og han sender mig en mail at det ikke kan lade sig gøre. Jeg ringer igen efter at han har sendt en anden mail end forsikringspolice, så vurdering af at jeg ikke kan få sundheds forsikring til børnene og mig og udvidet ulykkesforsikring, det kommer EFTER at jeg bliver lovet at få sendt den opdateret police. Men jeg får en mail om at jeg ikke kan tegne forsikring.

Hvis nu det var oplyst som I hævder og påstår i 1. telefonsamtale, hvorfor skal jeg komme og brokke mig og bede om at I udleverer en lydoptagelse, som I tilsyneladende ikke har?

Det jeg reagerer på er, at jeg får oplyst noget mundtligt, venter på den opdateret police, men modtager en mail fra jer, som jeg ikke har bedt om som I hævder, men som I sender minutter efter at jeg venter på at modtage den opdateret police med de i telefonen accepteret forsikringer. Og der har været NUL skader på dem.

Ift. parkeringsskader- af flere gange har jeg været uheldig at andre har ridset min bil og ikke efterladt note- det kan ske, mine egne "ulykker er begrænset." I har ment at nogle af skader skal fordeles over flere skadeanmeldelser, så det ser skidt ud for mig, selvom jeg eksempelvis oplyste jer om ved en af skadehenvendelse af begge dæk var punkteret og skaden på frontlinjen opstod samme dag, men I oprettede det til fire separate skader, og hvis jeg skulle have det fikset skulle jeg acceptere at I vil oprette flere skader- hele 4 skader fx som jeg mente var en skade. På den måde har I sikret jer også at der bliver meldt flere skader på mig som kunde. og det er at tage pis på folk på den måde mener I at I kan dokumentere at der er sket flere skadeanmeldelser, når I vælger at registrere en skade som 4 skader. Det er faktisk at snyde kunden og få de kunder der har skader ud så I kan betale mindre."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af selskabets mail af 10/4 2025 til klageren fremgår bl.a.:

"Hvorfor må jeg ikke tegne yderligere forsikringer/dækninger?

På grund af din skadehistorik ønsker Tryg ikke at tegne yderligere nye forsikringer eller tilvalg. Jeg kan derfor ikke tilvælge dækninger på dine forsikringer eller gøre andet.

Hvordan er denne vurdering lavet?

Vi foretager løbende en risikovurdering af vores kunder.

Risikoen vurderes på tværs af dine forsikringer og tilvalgsdækninger.

Hvornår kan jeg tegne nye forsikringer/dækninger igen?

Det er ikke muligt at svare på, på stående fod.

Jeg vil anbefale dig at ringe til dig igen om et års tid, hvor vi har mulighed for at revurdere din situation."

Af selskabets mail af 11/4 2025 til klageren fremgår bl.a.:

"Jeg forstår godt, at du oplever situationen som frustrerende, og det er bestemt ikke vores ønske, at du skal føle dig uretfærdigt behandlet. Jeg vil derfor gerne bekræfte, at denne mail er en skriftlig opfølgning og afslutning på din henvendelse tidligere i dag og i går.

Vores beslutning er truffet ud fra en samlet vurdering af dine forsikringsforhold og skadeshistorik. I den forbindelse har de registrerede skader på bilforsikringen haft betydning for, at vi på nuværende tidspunkt ikke kan tilbyde udvidede dækninger - herunder udvidet ulykkesforsikring og sundhedsforsikring.

Vi forstår, at det kan virke urimeligt, særligt når der ikke har været skader på andre forsikringer, men vi er nødt til at foretage en helhedsvurdering på tværs af alle dine forsikringer.

Jeg kan derfor ikke tilbyde dig yderligere dækninger på dine forsikringer."

Af selskabets mail af 21/5 2025 til klageren fremgår bl.a.:

"Du er i sagen utilfreds med, at I telefonisk skulle have været lovet, at I gerne måtte købe en forsikring, men at det efterfølgende skriftlig er trukket tilbage som af jeres skadehistorik.

Vi har i Kvalitet undersøgt sagen og er på dette grundlag kommet frem til følgende vurdering.

Vores vurdering

Vi skal starte med at oplyse, at Tryg som forsikringsselskab ikke er forpligtet til at tegne en dækning med mindre, at der er tale om en lovpligtig forsikring som ansvarsforsikring på hund, brandforsikring på bygning og ansvarsforsikring på bil.

Hvis der således ikke er tale om en sådan lovpligtig forsikring, så er Tryg ikke forpligtet til at tegne en dækning. Det er i således disse tilfælde ikke i strid med gældende regler at afvise en potentiel kunde.

I har i sagen henvist til, at der mundtlig skulle være lovet dækning, men det efterfølgende blev trukket tilbage.

Vi har i Kvalitet gennemgået sagen med den konkrete afdeling. Vi kan her se, at I via hjemmesiden bad om at blive ringet op. Rådgiveren kontaktede jer herefter telefonisk.

Vi gør opmærksom på, at det alene er indgående opkald (altså opkald, hvor I ringer ind til Tryg), og hvor der er givet samtykke til, at der må optages, som rent faktisk optages. Den konkrete samtale med rådgiveren, som ringede til jer, er derfor ikke optaget.

Ifølge vores oplysninger kan vi se, at I telefoniske oplyste, at I ønskede sundhedsforsikringer til hele familien. Rådgiveren oplyser til os, at der ikke i samtalen blev givet noget samtykke eller tilsagn om, at disse forsikringer kunne tegnes. Der blev i stedet henvist til, at dette ikke kunne tegnes på nuværende tidspunkt i Tryg. Dette blev senere også skriftlig oplyst til jer.

Det er vores vurdering i den konkrete sag, at der ikke er dokumentation for, at der hverken mundtligt eller skriftlig er givet tilsagn til, at der i Tryg kunne tegnes sådanne dækninger på nuværende tidspunkt."

Nævnet udtaler:

Klageren er utilfreds med, at selskabet har afvist at tegne udvidet sundheds- og ulykkesforsikring med henvisning til klagerens skadeshistorik på sin bilforsikring.

Klageren har oplyst, at hun den 10/4 2025 telefonisk fik et tilbud på at tegne udvidet sundheds- og ulykkesforsikring, som hun accepterede samme dag. Klageren har anført, at selskabets praksis er usaglig, uhensigtsmæssig og i strid med almindelige principper om individuel risikovurdering. Klageren har anført, at sundheds- og ulykkesforsikringer bør vurderes særskilt – baseret på historikken for disse konkrete forsikringer – og ikke sammenblandes med forhold relateret til en bilforsikring. Klageren har oplyst, at hun aldrig har anmeldt skader på personrelaterede forsikringer, hvilket dokumenterer, at hun ikke udgør en forhøjet risiko på disse områder.

Selskabet har anført, at klageren ønskede at blive ringet op, og at klageren under samtalen spurgte ind til priser på udvidelse af person- og børneforsikringer. Selskabet har anført, at medarbejderen "meddelte, at det ikke var muligt for hende at tegne, idet hun på grund af skadehistorikken var registreret som rød kunde, og selskabet derfor ikke var indstillet på at overtage yderligere risiko på hendes kundeforhold". Selskabet har anført, at der i dansk ret gælder aftalefrihed, medmindre der er tale om lovpligtige forsikringer. Selskabet har anført, at klageren fra 22/11 2023 til 12/3 2025 har anmeldt 10 skader på bilforsikring med en samlet skadeudgift på 68.985,52 kr., hvoraf 6 af skaderne vedrørte, at klageren havde påkørt forskellige ting med bilen. Selskabet har anført, at selskabet har valgt den mindst indgribende mulighed for at begrænse yderligere risiko ved alene at afvise udvidelser af risikoen. Klageren har ikke fået opsagt

Ankenævnet for Forsikring

8.

103430

forsikringer eller er blevet pålagt skærpede vilkår, som ville have haft større indvirkning i en skadesituation og ved et eventuelt selskabsskifte. Selskabet mener, at selskabet har handlet både redeligt og loyalt overfor klageren.

Det fremgår af selskabets mail af 10/4 2025 til klageren, at "På grund af din skadeshistorik ønsker Tryg ikke at tegne yderligere nye forsikringer eller tilvalg ... Vi foretager løbende en risikovurdering af vores kunder. Risikoen vurderes på tværs af dine forsikringer og tilvalgsdækninger".

Det fremgår af selskabets mail af 11/4 2025 til klageren, at "Vores beslutning er truffet ud fra en samlet vurdering af dine forsikringsforhold og skadeshistorik. I den forbindelse har de registrerede skader på bilforsikringen haft betydning for, at vi på nuværende tidspunkt ikke kan tilbyde udvidede dækninger – herunder udvidet ulykkesforsikring og sundhedsforsikring. Vi forstår, at det kan virke urimeligt, særligt når der ikke har været skader på andre forsikringer, men vi er nødt til at foretage en helhedsvurdering på tværs af alle dine forsikringer".

Det fremgår af selskabets mail af 21/5 2025 til klageren, at "Rådgiveren oplyser til os, at der ikke i samtalen blev givet noget samtykke eller tilsagn om, at disse forsikringer kunne tegnes. Der blev i stedet henvist til, at dette ikke kunne tegnes på nuværende tidspunkt i Tryg. Dette blev senere også skriftlig oplyst til jer. Det er vores vurdering i den konkrete sag, at der ikke er dokumentation for, at der hverken mundtligt eller skriftlig er givet tilsagn til, at der i Tryg kunne tegnes sådanne dækninger på nuværende tidspunkt".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at der ikke er grundlag for at pålægge selskabet at tegne udvidet sundheds- og ulykkesforsikring for klageren eller hendes familie. Nævnet finder, at klageren ikke har bevist, at selskabet telefonisk har givet et tilsagn herom.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at selskabet – når man ser bort fra lovpligtige forsikringer – ikke har pligt til at forsikre en person.

Ankenævnet *for* Forsikring

9.

103430

Nævnet har også lagt vægt på, at selskabet i overensstemmelse med forsikringsaftalelovens § 3 har givet klageren en begrundelse for afslaget på at tegne den pågældende forsikring. Nævnet bemærker, at afslaget er begrundet i en risikovurdering af kundeforholdet.

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.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'P. Thønnings'.

Peter Thønnings