892A/12

Den 21. maj 2012 blev i sag nr. 80.855:

xxxxxxx xxxxxxxxxx xxxxxx
xxxxxxxxxx xxxx xxx
xxxx xxxxxx

mod

Alm. Brand Forsikring A/S
Midtermolen 7
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har familieforsikring i Alm. Brand Forsikring A/S. Hun klager ved sin advokat over selskabets afvisning af at yde forsikringsdækning for en indbrudsskade sket den 21/4 2011.

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til, at klageren ved tegningen af forsikringen har afgivet urigtige risikooplysninger.

I sin klage til nævnet har klagerens advokat bl.a. anført:

> "Forsikringstegningen skete på baggrund af 'Accept af forsikringsforslag', **bilag ...,** dateret 2. december 2010.
>
> Accepten angår tegning af fritidshusforsikring, men efter det oplyste er det den samme blanket, der har været anvendt, med henblik på vurdering og tegning af de øvrige forsikringsforhold.
>
> I blanketten er der stillet spørgsmål vedrørende tidligere forløb, herunder om der tidligere for husstanden, inden for de sidste 3 år, er sket dækning på husstandens forsikringer.
>
> Hertil har klager svaret 'ja' og har angivet et tal. Under nærmere angivelse 'Hvilke' er der anført: 'I garage + fritidshus, men har alarm nu!'.
>
> Der er svaret nej til, at klager er blevet opsagt af tidligere selskab eller pålagt skærpede vilkår. Der er ikke eksempler på, hvad der forstås ved skærpede vilkår.
> ...
> I øvrigt kan det oplyses, at de tidligere skader, der har været anmeldt til ALKA Forsikring, var:

1) 17. december 2007 - skade på bilrude, repareret.
2) 18. april 2010 - indbrud i fritidshus.
3) 14. oktober 2010 - indbrud i garage, ...
4) 19. august 2010 - anmeldelse af, at et mindre kontantbeløb var bortkommet, men der var ingen dækning.
5) 23. august 2008 - højresvingsulykke (bil).
6) 24. september 2010 - indbrud i bil, skade på bil og stjålne løsøreeffekter (en bog) - regnes for 2 skader.

Det var på grund af, at sidstnævnte indbrud af 24. september 2010 skulle betragtes som 2 skader og ikke en skade, at klager oprindeligt på accepten havde skrevet 6.

Da hun blev klar over, at der rettelig var tale om 7 forudgående skader, udskraverede hun det hun havde skrevet og ændrede det til et 7-tal.

Det er en afgørende del af tvisten, om det der er skrevet er skrevet på accepten er et 1-tal eller et 7-tal og i så fald, hvis der er uklarhed, hvem der har haft forpligtelsen til nærmere at afklare dette, henholdsvis bære risikoen for en uklarhed.

I den forbindelse har indklagede også gjort gældende, at klager ved den senere skadeopgørelse har skrevet 7-taller med streg igennem.
...
Hvis det tal, der er angivet under tidligere skader, sammenholdes i øvrigt med den talangivelse, klager i øvrigt har anvendt på accepten, fremgår det, at der er væsentlig forskel.

1-tallerne er lavet med en lige streg uden 'hat' på en ganske anden måde, end det tal der er angivet under tidligere skader.

Det medgives, at det kunne have været anført tydeligere, at det var et 7-tal, men det der er angivet adskiller sig under alle omstændigheder væsentligt for den måde, klager i øvrigt havde angivet tallet 1 på i resten af accepten.

Alene denne forskel burde derfor have ført til, at indklagede, hvis det var af væsentlig betydning for indklagedes vurdering af risikoen og forsikringstegningen, havde undersøgt forholdet nærmere og spurgt klager eller havde gjort brug af den fuldmagt, som indklagede samtidig fik til at rette henvendelse til ALKA Forsikring.

Indklagedes opfattelse om, at der var skrevet et 1-tal og ikke et andet tal - tallet 7 - stemmer i øvrigt slet ikke overens med, det der er angivet umiddelbart nedenunder, nemlig at der er fundet flere skader sted, blandt andet i fritidshus og i garage.

Det giver ikke nogen mening, at angive flere lokaliteter, hvis der kun skulle være tale om en tidligere skade.

I hvert fald dette forhold burde have ført til, at indklagede havde spurgt nærmere ind til oplysningerne og eventuelt forhørt sig ALKA Forsikring.

Det bemærkes øvrigt, at der ikke var plads til, at klager kunne angive alle de 6 - 7 - tidligere skader.
...
<u>Spørgsmålet om urigtige oplysninger i relation til tidligere forsikrings skærpede vilkår:</u>

Indklagede gør også gældende, at tegningen af forsikringen er sket på baggrund af urigtige oplysninger, da klager ikke har oplyst om tidligere skærpede vilkår.

Heroverfor bemærkes, at klager er lægmand, og der er var ikke nogen nærmere vejledning eller oplysning på accepten om, hvad der skulle forstås ved 'skærpede vilkår'.

Klager har efter bedste overbevisning ikke fundet, at en regulering af præmie efter en konkret risikovurdering er et 'skærpet vilkår'.

Klager har opfattet et skærpet vilkår som en afvisning af dækningen, som en begrænsning af dækningen, eller i øvrigt anden regulering af risiko og dækning end regulering af en præmie.

Reguleringen af præmien ved ALKA Forsikring var i øvrigt relativ beskeden, og det er på intet tidspunkt fra ALKA Forsikrings været på tale, at opsige forsikringerne eller true herom.

Tværtimod har ALKA Forsikring i brevet af 16. december 2010 udtrykkeligt anført, at selskabet var glade for at have klager som forsikringstager.

Indklagede tegner forsikringer med private forbrugere, og det må påhvile indklagede at give den fornødne vejledning til, at forsikringstagerne kan give de oplysninger, som indklagede ønsker.

Indklagede burde, som minimum have, givet en vejledning om, hvad der forstås ved skærpede vilkår, eller bedre have listet en række spørgsmål i den forbindelse, som klager som privat person havde mulighed for at forstå og tage stilling til, herunder et spørgsmål om, 'har tidligere forsikringsselskab i anledning af skader forhøjet præmien eller lignende?'.
...
SAMLET GØRES DERFOR GÆLDENDE:
Der er ikke objektivt afgivet urigtige oplysninger sammenholdt med den forpligtelse selskabet som den professionelle part i øvrigt har til at afklare eventuelle mulige misforståelser eller begrebsforvirringer, herunder samme forpligtelse til at yde rimelig instruktion og vejledning i forbindelse med forsikringernes tegning i forhold til klager som privat part.

For det tilfælde, at Ankenævnet for Forsikring måtte finde, at der objektivt er afgivet urigtige oplysninger, er det ikke sket i ond tro, og tilfældet omfattes derfor under alle omstændigheder af FAL § 5, stk. 1, således at forholdet er uden betydning for forsikringsdækningen.

Det tilfælde, at Ankenævnet for Forsikring følger indklagede og rubricerer tilfældet som omfattet af FAL § 6 gøres gældende:

Det påhviler indklagede at bevise/antagelig gøre, at selskabet ikke ville have tegnet forsikringen, jfr. også U1997.683H.

Endvidere bemærkes, at konsekvensen efter FAL, § 6, stk. 1, i øvrigt står i kontrast til selskabets egen forpligtelse til at afklare eventuelle misforståelser eller uklarheder efter FAL § 9 og almindelige principper om, at den professionelle part er nærmest til at afklare tvivlsspørgsmål og uklarheder.

Indklagede har derfor under alle omstændigheder ikke bevist, at forsikringen ikke ville være tegnet, hvis de korrekte oplysninger forelå.

Skulle Ankenævnet for Forsikring alligevel finde, at tilfældet omfattes af FAL § 6, stk. 1, gøres det gældende, at det følger af FAL § 6, stk. 3, sammenholdt i øvrigt med de konkrete omstændigheder og indklagedes eget ansvar for de opståede misforståelser og fejloplysninger, jfr. også FAL § 9, at der foreligger sådanne rimelige grunde, at der efter FAL § 6, stk. 3, uanset at der uagtsomt måtte være afgivet urigtige oplysninger, ikke er grundlag for at afskære dækning, hvilken betydning oplysningerne i øvrigt ikke har haft nogen betydning for skadebegivenhedens indtræden eller skades størrelse.

De mangelfulde oplysninger - hvis Ankenævnet for Forsikring lægger til grund, at det er tilfældet - skal således ikke tillægges nogen betydning, jfr. FAL § 6, stk. 3, eller højest den betydning, jfr. § FAL § 6, stk. 2, at dækningen er forholdsmæssig."

Ved brev af 25/7 2011 til nævnet har selskabet hertil bl.a. bemærket:

"Det skete tyveri er afvist fordi, der er afgivet urigtige oplysninger ved indtegningen af klagerens forsikringer.

På 'Accept af forsikringsforslaget' - **bilag ...** - står der, at klageren alene har fået dækket 1 skade indenfor de sidste 3 år og at klageren ikke har fået skærpede vilkår i tidligere selskab.

Når vi gennemlæser opgørelseslisten - advokatens bilag ... - kan vi konstatere, at samtlige 7-taller er med streg igennem. Ligesom der i 'Accept af forsikringsforslaget', i klagerens mands cpr.nr., er et 7-tal med streg igennem.

Samtidig må vi oplyse, at der flere steder i opgørelseslisten er 1-taller med 'hat'.

Normalt vil man tydeliggøre sine rettelser, så der efterfølgende ikke er tvivl. Dette gør man ved at lave 7-tallet med streg igennem, hvis man ville skrive 7. Ligesom man normalt laver 'hat' på 1-tallet, hvis man vil tydeliggøre sit 1-tal.

Klageren ville derfor med al sandsynlighed have lavet 7-tal med streg igennem, og 1-tal med 'hat' i en rettelse. Specielt når klageren altid skriver 7-taller med streg igennem jf. opgørelseslisten og forsikringsforslaget.

Selskabet er således ikke i tvivl om, at der står 1 og ikke 7.

Da ALKA Forsikring forhøjer præmien skriver de den 16. december 2010

> *Vi har gennemgået dine policer og vurderer nu, at du har en højere risiko for at få skader, end vi hidtil har antaget.*

Der er således ingen tvivl om, at klageren har et dårligere skadesforløb end 'normalen', hvorfor ALKA Forsikring alene vil fortsætte forsikringerne, mod forhøjet præmie.

Når klageren får præmieforhøjelser på 55 % eller mere på alle forsikringer på grund af klagerens skadesforløb, så bør klageren ifølge vores vurdering vide, at der er tale om skærpede vilkår i forhold til alle andre kunder.

Selskabet er derfor af den helt klare opfattelse, at klageren ikke var i god tro da hun svarede nej til spørgsmålet om skærpede vilkår og underskrev forsikringsforslaget. Forsikringsforslaget er underskrevet mindre end en uge efter klageren havde modtaget brev fra ALKA Forsikring om de nye præmier på samtlige tegnede forsikringer.

Hvis selskabet havde haft korrekte oplysninger, ville selskabet ikke have oprettet forsikringer til klageren.

Selskabet har klare acceptregler for, hvor mange belastende skader kunden må have haft de sidste 3 år samt skærpede vilkår.

I selskabets acceptregler står der blandt andet.

> ...
> *Skemaet viser hvornår kunden ikke kan tegne forsikring i Alm. Brand. Bemærk: Ved belastende skader forstås, enhver skade som har medført udbetaling fra selskabet.*

Levetid	Antal belastende skader på kundeniveau	Antal belastende skader på produktniveau
0 — 1 år	3	2
1 — 2 år	4	3
2 år -	5	4

Endvidere fremgår det blandt andet af vores acceptregler, at forhøjet præmie er et skærpet vilkår og at vi ikke ønsker at indtegne nye forsikringer eller dækninger til kunden, hvis denne har fået skærpede vilkår i andet selskab.

Selskabet har bemærket, at klageren ved henvendelsen til selskabet har oplyst selskabet, at der ikke har været skade de seneste 3 år med bilerne, selvom der har været en højresvingsulykke i august 2008.

Klagerens advokat henviser til U1966.62H. Umiddelbart kan jeg ikke finde dommen. Hvis advokaten mener den har betydning for sagen og / eller ønsker selskabets bemærkninger til dommen, bedes den fremsendes til undertegnede.

For god orden skyld skal det bemærkes, at selskabet ikke har taget stilling til klagerens fremsendte krav, herunder kravets omfang og størrelse samt de nærmere omstændigheder omkring tyveriet.

Konklusion
Klageren har i forbindelse med indtegning af diverse forsikringer ikke oplyst det korrekte antal skader de seneste 3 år, ligesom klageren ikke har oplyst, at denne var pålagt skærpede vilkår i andet selskab.

Klageren har således ved indtegning afgivet urigtige oplysninger. Hvis selskabet havde været vidende om de faktiske forhold, ville selskabet ikke have tegnet forsikringerne.

Selskabet kan derfor ikke tilbyde klageren forsikringer i selskabet, ligesom vi ikke kan tilbyde erstatning for det skete tyveri."

Klagerens advokat har i brev af 22/8 2011 til nævnet hertil bl.a. anført:

"Væsentligere er imidlertid, hvilket indklagede dog ikke forholder sig, at der under talangivelsen er skrevet, at der har været flere skader end 1.

Inden for den pladsmæssige mulighed for at skrive, har klager angivet tidligere skade i garage og tidligere skade i fritidshus, som eksempler på tidligere skader.

Det er således klart, eller burde have stået indklagede klart, at der var tale om flere end 1 tidligere skader.

Det bemærkes videre, at indklagedes oplysninger om sine acceptregler er fuldstændig ukendte for klager, og det må være et internt dokument.

Oplysningerne er helt uden betydning for sagen, idet indklagede rent faktisk tegnede forsikringen til trods for viden eller burde viden om, at der har været tidligere skader og mere end skade, uden at afklare dette yderligere til trods for, at indklagede nu mener, at der var mulighed for at fejlfortolke talangivelsen i accepten."

Ved brev af 30/12 2011 til nævnet har klagerens advokat endvidere anført:

"Jeg skriver til Ankenævnet i denne verserende sag, idet jeg gør opmærksom på Østre Landsrets dom af 1. december 2011 (vedhæftes).

Dommen fastslår forhold af betydning også for nærværende sag:

1) ifølge indhentede responsum fra F&P er det sædvane at et nytegnende selskab indhenter oplysninger om tidligere skader fra det tidligere selskab. Dette må navnlig anses for en sædvanlig fremgangsmåde der er særlig relevant, hvor der rent faktisk som i denne sag ved tilbudsgivningen er angivet at der har været skader tidligere.

2) F&Ps opfattelse om den naturlige forståelse af ordlyden i tilbudsskrivelsen - hvad kunden svarer på og hvad sædvane tilsiger, spiller ingen selvstændig betydning ved vurderingen af om der på en måde der kan tilregnes kunden er afgivet urigtige oplysninger. Kunden er privat og ikke bekendt med sædvaner inden for branchen, og forståelsen af et spørgsmål der svares på. Skal fortolkes i overensstemmelse hermed. Der skal derfor udvises betydelig hensyn til at kunden er privat ved vurderingen af om der er svaret bevidst urigtigt fra kundens side. I nærværende sag var det overladt til klager uden eksempler eller tydeliggørelse at fortolke hvad der forstås med 'skærpede vilkår' der er en brancheterm/-norm uden et almindeligt og for en lægmand/privatperson veldefineret indhold. Det kan, i hvert fald ikke med sikkerhed det må kræves for at afslå forsikringsdækning med deraf følgende store tab for klager, fastslås at klager ud fra en rimelig forståelse med kundens øjne af begrebet 'skærpet vilkår' bevidst eller uagtsomt har svaret forkert herpå. Dette skal i øvrigt sammenholdes med at indklagede, jfr. 1 i øvrigt bør bære risikoen for uklarheder i spørgsmålene, og bære risikoen for ikke ved egen undersøgelse hos tidligere selskab som ellers ville have været sædvanligt, selv havde afklaret hvad der var gældende og relevant for indklagede at få at vide."

Ved brev af 16/1 2012 til nævnet har selskabet hertil bl.a. bemærket:

"Der er ikke kommet nye oplysninger vedrørende antallet af skader. Selskabet er fortsat af den opfattelse, at der er skrevet 1 skade - i garage + fritidshus - men har alarm nu.

Med hensyn til den medsendte dom, så mener vi ikke, at begrebet 'skærpede vilkår' i dommen, kan sammenlignes med det aktuelle tilfælde.

7. 80.855

I dommen er der tale om at man har indgået en afdragsordning, hvor der har været tvivl om hvorvidt dette betragtes som en restance.
I det aktuelle tilfælde har forsikringstager fået et brev, hvor forsikringstager får oplyst, at de skal betale mere end 55 % i præmie, for at pris og deres risiko har en fornuftig sammenhæng, hvorfor forsikringstager har været klar over, at de fik forhøjet præmie / skærpede vilkår på grund af deres skadesforløb."

Nævnet udtaler:

Nævnet finder efter sin gennemgang af sagen ikke at kunne kritisere, at selskabet har læst klagerens angivelse af antallet af skader inden for de sidste tre år som en og ikke syv skader. Nævnet bemærker i denne forbindelse, at klagerens beskrivelse ”i garage + fritidshus” sprogligt også kan læses som beskrivelsen af en skade, idet det må formodes at være ukendt for selskabet, om der er en garage i tilknytning til klagerens fritidshus. Endvidere finder nævnet det godtgjort af selskabet, at klageren uagtsomt har besvaret spørgsmålet om skærpede vilkår i tidligere selskaber forkert.

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet herefter, at selskabet har godtgjort, at klagerne har afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med forsikringens tegning. Afgivelsen af de urigtige oplysninger må efter nævnets opfattelse tilregnes klagerne som uagtsomt. Da nævnet ikke har grundlag for at tilsidesætte selskabets oplysning om, at forsikringen ikke ville være antaget, såfremt korrekte oplysninger havde foreligget på tegningstidspunktet, kan nævnet ikke kritisere, at selskabet har opsagt forsikringen med tilbagevirkende kraft til ikrafttrædelsestidspunktet i henhold til forsikringsaftalelovens § 6 som sket. Følgelig kan det ikke kritiseres, at selskabet har afvist at yde dækning for den anmeldte tyveriskade

Nævnet bemærker, at klagerne har krav på at få tilbagebetalt præmien for de forsikringer, selskabet har opsagt med tilbagevirkende kraft.

8. 80.855

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Poul Sørensen

Udskriften bekræftes

Henning Jønsson