Ankenævnet for Forsikring

Den 16. december 2015 blev i sag nr. 86865:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

GF-Forsikring A/S
Jernbanevej 65
5210 Odense NV

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har heltidsulykkesforsikring hos GF-Forsikring A/S. Hun klager over, at selskabet på grund af fareforøgelse har udbetalt pro rata erstatning i forbindelse med et anmeldt ulykkestilfælde den 1/6 2013.

Selskabet har udbetalt pro rata erstatning med henvisning til, at klageren var indplaceret i en for lav fareklasse på tidspunktet for ulykkestilfældet.

Klageren, der er født i 1985, tegnede sin ulykkesforsikring med ikrafttræden den 5/12 2003. Policen blev ændret fra fritidsdækning til heltidsdækning pr. 31/1 2012. I policen af 31/1 2012 var klagerens erhverv angivet som ”kontorarbejde, udelukkende” ligesom det var angivet, at forsikringsbetingelser ”20-6” gjaldt for forsikringen.

Ved skadeanmeldelse af 15/6 2013 til selskabet oplyste klageren, at hun den 1/6 2013 skulle hoppe op på en kasse i forbindelse med en crossfit træningsøvelse. Hun landede forkert, hvorved hun væltede ned og brækkede venstre underarm. Hun anførte, at hun var beskæftiget som studerende/tjener. Det fremgår af sagen, at hun ud over at have bijob som tjener, studerer til socialrådgiver på fuld tid.

I klageskema af 22/10 2014 til nævnet har klageren anført følgende:

”Vedr. denne sag skal det siges at jeg først klager så sent, da jeg bliver oplyst fra forsikringsselskabet, at jeg først kan anmode om erstatning ét år efter ulykken. Dvs. jeg anmoder om erstatning pr. 1/6 2014 - denne sag blev behandlet sidst juli 2014 og jeg har klaget til selskabet tre gange efterfølgende. Nu retter jeg henvendelse til Jer, da jeg føler jeg løber panden mod en mur. Det drejer sig om jeg kun har fået forholdsmæssig erstatning, hvilket GF forsikring fastholder i brev pr. 8/10 - 2014. De mener ikke jeg har stået anført korrekt i mine ulykke forsikring da jeg ikke har stået anført med mit bijob som tjener, hvorfor de kun vil udbetale forholdsmæssig erstatning.

Til sagen, hvor jeg skrev som følgende til GF pr. 7/10 - 2014

Jeg skriver vedr. ovennævnte skadenummer og brev pr. 2/10 - 2014, hvor I fastholder forholdsmæssig erstatning.

For at I som klageafdeling kan forholde Jer struktureret til min klage, vil jeg nedenfor her skitsere, hvad jeg har skrevet til GF på to mails tidligere og runde af med mit besyv til sidst modtagne brev fra Jer.
Jeg må sige at jeg finder sagen her virkelig trist, da jeg altid har været glad for GF og kun skiftede af økonomiske årsager, da jeg som studerende kunne få et bedre tilbud andetsteds. Såfremt min klage her ikke vil blive imødekommet, agter jeg at rette henvendelse til ankenævnet for forsikringer.
Jeg er træt af denne sag er blevet et tovtrækkeri, hvor det mest af alt føles som en principsag fra Jeres side og mig der står tilbage som ’offer’. Min ulykke sker d. 1/6 2013, jeg har dagligt smerter i min underarm og hånd - jeg er blevet oplyst det ikke bliver bedre, men at jeg først kan rette henvendelse med skadesag et år efter. Det gør jeg så og nu 4 måneder senere, skal jeg stadig slås med sagen. Jeg finder det utroligt frustrerende, at det skal koste så mange ressourcer, tid, samt at hver eneste gang jeg har kontakt med Jer, er det en ny person der svarer på brev og kommunikation er bare ikke rigtigt tilstede. Jeg har selv skullet ringe og følge op på om mails blev læst og besvaret og de personer der underskriver brevene har ikke været til at komme i kontakt med. Der står anført at anden kollega kan hjælpe, hvilket ikke har været min oplevelse - kun …, som har en god hukommelse, har været til hjælp.

Første mail:
Jeg er meget uenig i afgørelsen og derfor håber jeg vi kan finde en løsning herpå. Pr. brev d. 4/9 - 14 skriver … at jeg ændrer min forsikring den 30.01.2012 til jeg udelukkende arbejder på kontor, hvilket undrer mig da jeg synes at have ændret den slut 2011, hvor perioden herfra og til og med medio marts 2012, nærmest er det eneste tidspunkt i mange år som anført på CV, hvor jeg ikke har bestridt nogle former for tjenerarbejde. Jeg påbegynder begge mine tjenerjob sideløbende studie henholdsvis start og midt marts 2012, hvor jeg så absolut mener at have ændret forsikringerne igen. Jeg ændrer forsikringen efterfølgende skaden d. 1/6 - 2013, da jeg oplyses om jeg ikke har stået korrekt. Her ændrer jeg den som tjener, hvilket jeg bliver rådgivet til, selvom jeg er studerende og primært har mellem 5 og 15 timers tjener arbejde i gennemsnit pr. uge.
Jeg mener altså ovennævnte fejl ligger placeret hos Jer.
Foruden dette - har jeg været inde og nærlæse Jeres forsikringsbetingelser, i forhold til bilag 1 og 2 vedhæftet her, skriver I, i Jeres betingelser, at man er dækket ved risikofyldt bijob op til 10 timer ugen og bilag 2 beskriver I går tre måneder tilbage og tager gennemsnittet herfra. Bilag 3 viser der i en periode over 3 mdr. er 14 uger fra lørdag d. 2/3 2013 til lørdag d. 1/6 - 2013, hvor ulykken sker.
Bilag 4 oplyser via lønseddel fra restaurant …, at jeg med en timesats på 125,- år til dato har tjent 7563,75,- Dvs. 60,51 timer. Her blev jeg ansat pr. 1/3 - 13 som bilag 5 indikerer.

Bilag 6, viser timetal fra [baren] (se periode over timetal), hvor jeg har haft 73,92 timer. Dvs. de to jobs sammenlagt 134,43 timer over tre måneder. Dividerer vi det med 14 uger giver det 9,60 timer i gennemsnit pr. uge. Jeg mener derfor jeg har holdt mig inden for Jeres rammer og på trods af jeg stadig mener det er Jeres fejl, så er det min klare holdning at ovenstående skulle give mig fuld berettigelse i min klage og dermed fuld erstatning.
Såfremt dette ikke er tilfældet, vil jeg meget gerne henvises til hvor jeg kan rette en klage.

Min anden mail:
Efter endnu en behagelig samtale med … i dag, vil jeg lige følge op på denne. Jeg ringede for at høre, hvordan det stod til med sagen, da jeg er frustreret over forløbet forgår via mail /brev og ikke kommunikativt. Vi snakkede dels om min frustration i hvad der tidligere er beskrevet, samt at jeg er uforstående for, hvorfor der er modstand fra GF, når ulykken ikke engang er sket på mit arbejde. Jeg henviste ligeledes til forsikringsbetingelserne vedr. arbejde mere eller mindre end ti timer om ugen, hvor hun sagde at reglen ikke var lavet dengang, men det erfare jeg den er ifølge dette dokument juni 2013 (dvs. den må ha været gældende da ulykken skete).

…
Om jeg så er blevet oplyst tidligere forud for dette dokument at jeg ikke behøver stå som tjener ved mindre end 10 timer om ugen (jeg mener dog der på et vidst tidspunkt, er blevet sagt 15), det skal jeg ikke kunne sige, men jeg går ud fra der internt er snakket om denne dengang nye regel forud for den trådte i kraft, hvilket måske kunne betyde nogle havde rådgivet mig herefter. Jeg tænker det er en mulighed, men er selvfølgelig ikke 100% sikker, da det er svært at huske samtaler der er forgået mere end et år tilbage. Jeg holder i hvert fald på min ret, da jeg er fuldstændigt uforstående for jeg har stået forkert og synes derfor dette skulle med i betragtningen af min sag. På forhånd tak.

Vedr. sidst modtagne brev:
Der bliver i brevet nævnt at afgørelsen hviler på en forsikring tegnet d. 5/12 2003 og den først bliver ændret den 31/01 - 2012. Jeg kan med sikkerhed sige, at såfremt dette er korrekt, så ved jeg at I har lavet fejl eller misligeholdt ændring i aftaler, da jeg løbende har haft kontakt med GF og tjekket op på mine forsikringer i den pågældende årrække på ni år, hvor mine forhold har ændret sig løbende.

Jeg mener ligeledes stadig jeg har forsøgt at ændre på policen efterfølgende inden skaden sker, men hvorvidt jeg så er blevet rådgivet i forhold til 20-7 til at jeg stod forsikret korrekt og derfor ikke har ændret på den, er det store spørgsmål som hverken jeg eller I kan bevise. Jeg er udmærket opmærksom på at jeg som forsikringstager skal tjekke op på mine policer, hvilket jeg også har gjort, men jeg har ikke gamle policer liggende, da de er blevet smidt ud, når nye har erstattet og igen kan jeg ikke tjekke op på noget som måske er blevet oplyst pr. telefon.

Ydermere skrives der i brevet, at forbedringen i forsikringsbetingelserne med hensyn til dækningen af arbejde under 10 timer ugen på fritidsulykkesforsikringen, er indført i de seneste forsikringsbetingelser nr. 20-7. I skriver at overgangen fra 20-6 er sket løbende, efterhånden som den enkelte forsikringstager har haft hovedforfald på sin ulykkesforsikring og at på skadetidspunktet for min ulykke var det 20-6 som var gældende for mig. Dette begrundelse finder jeg helt uacceptabel. Når der i 20-7 står anført 6/2013, må man for det første antage at det er denne der gælder og ydermere oplyser I selv at forsikringsændringerne er indført løbende, dvs. de må være indført før juni 2013 og til og med denne dato, da jeg ikke forudsætter I trykker en pdf som ikke gælder?! Dvs. at jeg rent faktisk godt kan

være blevet oplyst og vejledt ud fra 20-7, eftersom den jo trådte i kraft løbende, hvilket alt andet lige modsiger Jeres argument.
Herudover står der ikke nogen steder anført i policen at forsikringen følger hovedforfald, hvilket bude stå nedskrevet, såfremt dette var tilfældet.
Sidst men ikke mindst bliver jeg af flere omgange oplyst, at det drejer sig om jeg har betalt for lidt, hvilket giver mig den indikator, at det bliver en principsag fra Jeres side. I den gamle police betalte jeg 2403 pr. år, hvor at jeg den 27/8, efter at være blevet oplyst om at jeg stod forkert, modtog et tilbud (tilbudsnummer 21531847), der dækkede i forhold til 20-7 (altså før hovedforfald?!), hvor forsikringsudgiften var på 2433,-, dvs. man kunne altså godt lave den om inden hovedforfald, som I beskriver i brevet står til 01.11-2013?
Til sidst vil jeg nævne det var et problematisk forløb med min skade, hvor jeg blandt andet blev genindlagt og har den dag i dag en underarm / hånd, der aldrig bliver den samme igen - derfor er det også en principiel sag for mig, at jeg nægter at acceptere godt 12.000 for min ulykke fra et selskab jeg har betalt til i over ni år - det giver mig hverken en ny underarm / hånd, men jeg ansøger om det "plaster på såret", som jeg mener at være fuldt berettiget til.
Nu til sidste brev som jeg så følger op på her:
GF skriver at de betingelser som gælder for min police 20-6, er gældende for skadetidspunktet, da jeg først ville overgå til 20-7 aftalen i forhold til policens hovedforfald - min kommentar hertil, er at eftersom der i betingelserne for 20-7 står 04/13, så er jeg dækket under denne, da der ikke står anført i den at den først gælder til hovedforfald eller for nye policer. Det undrer mig så også der nu står 04/13 på den og ikke 06/13, som sidst jeg kiggede, men det betragter jeg kun som min fordel - uanset hvad har den jo været gældende fra 00 natten dertil. Såfremt den allerede har været gældende 04/6, kan det jo fint stemme overens med at jeg er blevet rådgivet herefter pr. telefon de gange jeg har rettet henvendelse. Jeg er dog med på, at jeg ikke har nogen bevisbyrde herfor, men skulle mene en mundtlig aftale var ligeså gældende som en skriftlig og under alle omstændigheder synes jeg det er mærkværdigt GF bliver ved at finde nye undskyldninger for ikke at ville betale den erstatning jeg mener at være berettiget til.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?
Jeg ønsker at opnå fuld erstatning, som jeg mener at være berettiget til ud fra følgende:

1. Jeg er 100% sikker på jeg løbende har ringet og oplyst tjener arbejde som bijob. Jeg mener dog at være blevet rådgivet til det ikke var nødvendigt grundet mine få timer der.
2. Jeg mener jeg er dækket under 20-7 aftalen, da der ikke står anført i denne, at den først gælder for tidligere optegnet forsikringer til hovedforfald. Denne implementeres den 04/6 - 2013, altså før min ulykke og GF skriver ovenikøbet til mig, at den implementeres løbende, hvilket jeg finder misvejledende.
3. Min ulykke sker ikke på arbejdet som tjener, men i min fritid - i en sportsulykke.
4. GF argumenterer med tidligt i forløbet, at de kun vil udbetale forholdsmæssig erstatning grundet jeg har betalt for lidt i police, fordi jeg ikke har stået anført som tjener, men har ikke noget problem med at udarbejde et nyt police tilbud efter ulykken, hvor jeg står indført som tjener, selvom de nye betingelser for 20/7 så er på, hvilket ikke er rådgivet korrekt, da jeg så på daværende tidspunkt ikke behøver at stå som tjener og altså betale mere, fordi man er dækket ved under 10 timers arbejde ugentligt. Dette tilbud lyder på en årlig pris på 2433,- hvor jeg i den gamle police betalte 2403 kr. årligt, dvs. en difference på 30 kr. årligt - er afgørende for GF mener jeg har stået forsikret forkert og ikke er berettiget til fuld erstatning fordi jeg har betalt for lidt?! Jeg betaler gladeligt de 30 kr. i difference til GF hvis jeg får min fulde erstatning.
5. Jeg mener at GF har svigtet i dette forløb som en myndighed, der skal vejlede korrekt og ydermere anser jeg ikke deres svar for troværdige, da det er som om de konstant

frembringer nye undskylder for ikke at betale fuld erstatning, fremfor at gennemgå alle deres begrundelser og eventuelt komme eventuelle tvist til livs fra starten. De har i hele sagsforløbet været svære at få i tale, men da jeg skriver sidste mail d. 7/10, kan de mærkværdigt nok allerede sende svar ud på denne d. 8/10, hvor de er hurtige nok til at nedlægge sagen. Jeg synes ikke det er godt nok og jeg svært frustreret over denne sag".

Hertil har selskabet i brev af 18/11 2014 til nævnet bemærket:

"[Klageren] har tegnet ulykkesforsikring her i selskabet med ikrafttræden den 05.12.2003. Policen blev af [hende] ændret fra fritidsdækning til heltidsdækning pr. 31.01.2012. [Klageren] stod på skadetidspunktet med heltidsdækning og med erhverv angivet som udelukkende kontorarbejde. Kopi af policen vedlægges.
For forsikringen gjaldt på skadetidspunktet i 2013 forsikringsbetingelser nr. 20-6.

[Klageren] anmeldte ved skadeanmeldelse, modtaget i selskabet den 18.06.2013, at hun skulle hoppe op på en kasse i forbindelse med crossfit træningsøvelse. Skaden skete den 01.06.2013. Hun landede forkert og væltede ned og brækkede venstre underarm. På skadeanmeldelsen oplyste [klageren] sin stilling som studerende/tjener.

Selskabet anerkendte ulykken som omfattet af forsikringen og gjorde samtidig opmærksom på, at [hun] iht. oplysningerne på skadeanmeldelsen, var indplaceret i forkert fareklasse. Der blev oplyst om, at der ville blive udbetalt forholdsmæssig erstatning (beregnet i forhold til betalt præmie og den præmie der skulle have været betalt) ved eventuel udbetaling af erstatning og der blev henvist til forsikringsbetingelsernes afsnit 10.

Af forsikringsbetingelsernes afsnit 10 fremgår følgende:
100
Enhver ændring af art af forsikredes erhvervsmæssige beskæftigelse, skal straks meddeles GF-Forsikring.
Hvis en sådan ændring er sket, vil forsikringens præmie blive tilpasset de nye risikoforhold.

101
Hvis ændringen ikke er meddelt GF-Forsikring, og ændringen medfører en forøgelse af risikoen for GF-Forsikring, vil der kun blive udbetalt delvis erstatning (pro rata) i forholdet mellem den præmie, der er betalt og den præmie, der skulle have været betalt.

Efter indhentning af lægelige akter og vurdering hos selskabets lægekonsulent blev méngraden fastsat og der blev udbetalt forholdsmæssig erstatning den 14.08.2014.

Af klagen og [klageren]'s tidligere henvendelser fremgår det, at hun mener at have oplyst om sit job som tjener, før aktuelle skade skete. Selskabet har desværre måtte konstatere, at der ikke er modtaget oplysninger om dette og som følge deraf, er der ikke udstedt ny police efter 31.01.2012 og indtil skaden sker. I klagen og [klageren]'s tidligere henvendelser, henviser hun til punkt 21 som vedrører **fritidsdækningen** i forsikringsbetingelserne 20-7. Vi må her gøre meget opmærksom på, at [klageren]'s police var indtegnet med **heltidsdækning** og punkt 21 i forsikringsbetingelser 20-7 er derfor helt irrelevant for aktuelle sag.

Samtidig gør vi opmærksom på, at forsikringsbetingelser 20-7 ikke var gældende for aktuelle skade og police den 01.06.2013. Se venligst policen hvoraf det klart fremgår, at forsikringsbetingelser 20-6 var gældende. Overgangen fra forsikringsbetingelser 20-6 til 20-7 er sket løbende og efter forudgående varsling til ændring pr. hovedforfald. Såfremt [klageren]'s police fortsat havde været i kraft ville forsikringsbetingelser 20-7 have været gældende for denne pr. hovedforfald den 01.11.2014.

Med udgangspunkt i ovenstående fastholdes selskabets afgørelse".

Nævnet har fået forelagt sagens bilag, herunder selskabets interne tegningsregler.

I forbindelse med sagen har nævnets sekretariat anmodet Responsumudvalget hos Forsikring & Pension om en udtalelse relateret til tegning af heltidsulykkesforsikring ved bibeskæftigelse/studiejob.

Af svar af 7/8 2015 fra responsumudvalget (sag 3519) fremgår blandt andet:

"**Spørgsmål 1**
Er det almindeligt, at selskaber i forbindelse med tegning af heltidsulykkesforsikring anmoder om løbende oplysning om eventuel bibeskæftigelse/studiejob?

Svar på spørgsmål 1
Ja, som hovedregel kræver selskaberne ved indtegningen orientering om forsikringstagerens beskæftigelse, herunder bibeskæftigelse/studiejobs. Det samme gør sig normalt gældende, hvis der sker ændringer i forsikringens løbetid.

Nogle selskaber tilbyder særlige ulykkesforsikringer for studerende, hvor der i visse situationer ikke kræves oplysninger om studiejob. Fx for studerende med rene læsefag.

Herudover findes forsikringer, hvor bibeskæftigelse/studiejob ikke har betydning for indtegningen.

Spørgsmål 2
Hvis spørgsmål 1 besvares bekræftende, bedes det oplyst, om det har betydning for indplaceringen, hvor få timer bibeskæftigelse/studiejob, der er tale om?

I bekræftende fald, hvor stort skal timetallet for bibeskæftigelsen/studiejobbet være for, at det har betydning?

Svar på spørgsmål 2
For de forsikringer, hvor løbende underretning om bibeskæftigelse/studiejob er påkrævet, har timeantallet som udgangspunkt ingen betydning.

Der er ikke fast praksis på området.

Spørgsmål 2A
Sondres der mellem lønnet/ulønnet bibeskæftigelse/studiejob?

Svar på spørgsmål 2A

Nej.

Spørgsmål 2B
Sondres der mellem bibeskæftigelse/studiejob ved siden af hovedbeskæftigelse.

Svar på spørgsmål 2B
Ja. Som hovedregel lægges højeste fareklasse til grund, når der er tale om bibeskæftigelse ved siden af hovedbeskæftigelse. Bibeskæftigelse skal derfor som udgangspunkt (også) i disse situationer indberettes til selskabet.

Betegnelsen 'studiejob' er forbeholdt studerende, og vil derfor typisk ikke være aktuelt i forbindelse med hovedbeskæftigelse.

Spørgsmål 2C
Sondres der mellem deltids- og fuldtidsstuderende?

Svar på spørgsmål 2C
For de forsikringer, hvor løbende underretning om bibeskæftigelse/studiejob er påkrævet, sondres der som udgangspunkt ikke mellem heltids- og fritidsstuderende.

Som anført i svar 1, kan der på nogle forsikringer være særlige vilkår for studerende. Der sondres på disse forsikringer mellem heltids- og fritidsstuderende.

Spørgsmål 2D
Har det betydning for præmiefastsættelsen, at bibeskæftigelsen/studiejobbet kun udføres i en periode af året?

Svar på spørgsmål 2D
Ja. For de forsikringer, hvor løbende underretning om bibeskæftigelse/studiejob er påkrævet, beregnes/tilpasses præmien løbende den aktuelle beskæftigelse. I den del af året, hvor bibeskæftigelsen udføres, vil der således som udgangspunkt ske særskilt tarifering.

Spørgsmål 2E
Hvordan vil præmien blive beregnet ved sommerferiebeskæftigelse?

Svar på spørgsmål 2E
Se svar 2D, 2. punktum.

Spørgsmål 3
Vil en eventuel pro rata dækning kun gælde ulykker i den periode, hvor bibeskæftigelsen/studiejobbet pågår?

Svar på spørgsmål 3
Ja. Pro rata dækning kan blive aktuelt i den periode, hvor bibeskæftigelsen/studiejobbet pågår.

Spørgsmål 4
Er det almindeligt, at selskaberne registrerer ændringer i forsikringen og beregner ny præmie, hver gang en studerende skifter studiejob?

Svar på spørgsmål 4

Ja, men kun for så vidt angår de forsikringer, hvor løbende underretning om bibeskæftigelse/studiejob er påkrævet.

Spørgsmål 5
Vil det i forbindelse med en skade have betydning, om ulykken har sammenhæng med bibeskæftigelsen/studiejobbet?

Svar på spørgsmål 5
Nej. Pro rata dækning kan blive aktuelt, selvom skaden ikke har sammenhæng med bibeskæftigelsen/studiejobbet. Det afgørende er, om præmien er tariferet korrekt på skadestidspunktet".

Hertil har klageren i mail af 12/8 2015 bl.a. bemærket:

"Vedr. spørgsmål 1: Er det almindeligt at selskaber i forbindelse med tegning af heltidsulykke forsikring anmoder om løbende bibeskæftigelse/studiejob? F&P svarer hertil at ja, som hovedregel kræver selskaberne ved indtegning orientering om forsikringstagerens beskæftigelse, herunder bibeskæftigelse/studiejobs. Det samme gør sig normalt gældende, hvis der sker ændringer i forsikringens løbetid.

Mit svar:
Jeg påbegynder begge mine tjenerjobs sideløbende mit studie henholdsvis start og midt marts 2013, hvor jeg så absolut mener at have ændret forsikringerne igen. Foruden dettehar jeg været inde og nærlæse GF forsikringsbetingelser (se nedenstående billeder). GF skriver i deres betingelser, at man er dækket ved risikofyldt bijob (som tjener åbenbart er) op til 10 timer ugen og på billede 2 beskriver GF, at de går tre måneder tilbage og tager gennemsnittet herfra. I denne periode (marts til ulykken sker), har jeg 9,60 timer i gennemsnit pr. uge (som tidligere tilsendte bilag understøtter). Jeg mener derfor jeg har holdt mig inden for GF's rammer - på trods af jeg stadig mener det er deres fejl, at jeg ikke har stået anført korrekt. Jeg har tidligere talt med GF angående disse forsikringsbetingelser (bijob mere eller mindre ti timer ugen) inden sagen eskalerede til ankenævnet, hvor GF oplyste, at reglen ikke var lavet dengang da jeg hørte under forsikringsbetingelserne for en aftale der hed 20-06. Jeg mener dog at jeg var dækket under den regel, da min ulykke skete d. 1/06 - 3013, da den var implementeret under min ulykke ifølge dette dokument:

http://www.gfforsikring. dk/- /media/GF/ProdukterBetingelser/2013/Nyeste%2013/U lykkesforsikring_20-7062013_LAV .ashx

(Dette link kan jeg så se er blevet fjernet af GF, mens sagen er kørt, men jeg er da sikker på de kan fremvise det mod anmodning fra dommer).

Ydermere har GF tidligere skrevet, at forbedringen i forsikringsbetingelserne med hensyn til dækningen af arbejde under 10 timer ugen på fritidsulykkesforsikringen, er indført i de seneste forsikringsbetingelser nr. 20-7. De skriver at overgangen fra 20-6 (som de mener jeg var dækket af), er sket løbende (hvilket jeg finder misvejledende), efterhånden som den enkelte forsikringstager har haft hovedforfald på sin ulykkesforsikring og at på skadetidspunktet for min ulykke var det 20-6 som var gældende for mig. Denne begrundelse finder jeg helt uacceptabel. Der stod anført i 20-7 følgende datering 04/13, så jeg mener jeg var jeg dækket under denne, **da der ikke står anført i den at den først gælder til hovedforfald eller for nye policer.** Det undrer mig så også der senere i sagsforløbet står 06/13, men det betragter jeg stadig kun til min fordel - **uanset hvad har den jo været gældende fra 00 natten til den 1 juni, når der står 06/2013. Jeg antager derfor jeg var**

> **dækket ind herunder.** Jeg forudsætter heller ikke, at GF trykker en pdf og lægger den op på nettet som ikke gælder?!
> …
> Et andet forhold, som gør jeg ikke stoler på GF har styr på opdatering af deres policer, er at der i et brev derfra bliver nævnt at afgørelsen hviler på en forsikring tegnet d. 5/12 2003 og den først bliver ændret den 31/01 - 2012. Jeg kan med sikkerhed sige, at såfremt dette er korrekt, så ved jeg at de har lavet fejl eller misligholdt ændring i aftaler, da jeg løbende har haft kontakt med GF og tjekket op på mine forsikringer i den pågældende årrække, hvor mine forhold har ændret sig løbende. Jeg er udmærket opmærksom på, at jeg som forsikringstager skal tjekke op på mine policer, hvorfor jeg også VED, at jeg har ændret min forsikring flere gange i denne tidsperiode på godt ni år, da mine private forhold har ændret sig en del gange siden. Jeg har blandt andet været studerende af flere omgange, samt beskæftiget mig med forskellige erhverv. Årsagen til jeg påpeger dette, er at jeg ikke mener GF har styr på deres ting i dette forløb.
>
> **Svaret på spørgsmål 2B fra F&P må også understøtte min sag, da det er et studiejob jeg har mig, hvilket ikke er aktuelt i forbindelse med min hovedbeskæftigelse som studerende.**
>
> **Ift. Spørgsmål 2D om det er betydning for præmiefastsættelsen, at bibeskæftigelsen/studiejobbet udføres i en periode af året, svarer F&P ja.**
>
> Det er også her GF argumenterer- GF argumenterer nemlig for at jeg har betalt for lidt i præmie, så her fremsætter jeg igen regnestykket for god ordens skyld:
>
> **I den gamle police betalte jeg 2403 kr. pr. år, hvor jeg den 27/8, efter at være blevet oplyst om at jeg stod forkert, modtog et tilbud (tilbudsnummer 21531847), der dækkede ift. aftale til 20-7 (altså før hovedforfald?!), hvor forsikringsudgiften var på 2433 kr., dvs. jeg kunne altså godt lave den om inden hovedforfald, som GF tidligere har beskrevet stod til 01.11-2013? Vi snakker om en difference på 30 kr. årligt, denne kan vi dividere med 12 måneder, hvilket giver en sum på 2,50 kr. Denne kan vi så gange med de tre måneder jeg har haft studiejob som tjener inden ulykken sker, hvilket giver en total difference på 7,50 kr. 7,50 kr. restance i min betaling af præmie, er Gf s argument for jeg ikke er berettiget til fuld erstatning?!**
> **Jeg nægter at acceptere godt 12.000 for min ulykke fra et selskab jeg har betalt til i over ni år pga. 7,50 kr. Det er useriøst og jeg er dybt forundret over denne sag skal køre så langt ud og det er ligeledes derfor sagen bliver så principiel for mig. Hvis jeg vinder sagen og dermed får fuld erstatning, giver mig hverken en ny underarm eller hånd, men det er et princip og det har stor økonomisk betydning for mig som studerende. Jeg forslår GF trækker 7,50 fra den erstatning jeg mener at være berettiget til".**

Ved mail af 2/9 2015 skrev klageren, at hun stadig mente at have ændret forsikringen efter den 31/1 2012. Endvidere bad hun i mail af 7/9 2015 selskabet om at kommentere hendes udregning af en difference på forsikringerne på 7,50 kr. I brev af 18/9 2015 har selskabet anført:

> "I mail af 02.09.2015 skriver klager, at hun stadig mener at have ændret forsikringen efter den 31.01.2012. Hertil må vi gentage, at klager netop ikke har ændret forsikringen fra policen dateret 31.01.2012 og indtil skaden sker den 01.06.2013.

Hvis klager havde haft meddelt ændring af erhverv, som betød placering i højere fareklasse, ville selskabet have udstedt ny police og have opkrævet højere præmie.

Klager angiver kritik af oplysninger om hvilke forsikringsbetingelser der er gældende for policen. Hertil må vi henvise til forsikringspolicen hvor der i højre hjørne står: Betingelser - nr.: 20-6. Et sæt betingelser nr. 20-6 var vedlagt policen, da den blev sendt til klager.

På selskabets hjemmeside er der kun det sidste nye sæt betingelser vist. Dette fordi nye kunder, som endnu ikke har ulykkesforsikring i selskabet, skal kunne se de betingelser som en ny forsikring vil blive indtegnet på. Bestående kunder har fået tilsendt de gældende forsikringsbetingelser som svarer til betingelses-nr. på policen.
Ved ændring af forsikringsbetingelser skal selskabet følge reglerne i Forsikringsaftaleloven.

Overgangen fra betingelser 20-6 til 20-7 er sket løbende og efter forudgående varsling til ændring pr. hovedforfald. Såfremt klagers police fortsat havde været i kraft ville betingelser 20-7 have været gældende pr. hovedforfald den 01.11.2014.

I mail af 07.09.2015 ønsker klager kommentar fra selskabet vedrørende hendes udregning af en difference på kr. 7,50.
Selskabet er ikke enige i klagers udregning og henviser til vores brev af 24.02.2015 til Ankenævnet. I dette brev sendte vi uddrag af selskabets fareklassetabel med pris pr. 1.000 kroners forsikringssum på de relevante fareklasser".

Af forsikringsbetingelser 20-6 fremgår blandt andet:

"**10. Ændringer i erhverv / risikoændring**

100 Enhver ændring af art af forsikredes erhvervsmæssige beskæftigelse, skal straks meddeles GF Forsikring.
Hvis en sådan ændring er sket, vil forsikringens præmie blive tilpasset de nye risikoforhold.

101 Hvis ændringen ikke er meddelt GF Forsikring, og ændringen medfører en forøgelse af risikoen for GF Forsikring, vil der kun blive udbetalt delvis erstatning (pro rata) i forholdet mellem den præmie, der er betalt, og den præmie, der skulle have været betalt".

Nævnet udtaler:

Klageren tegnede den 5/12 2003 fritidsulykkesforsikring i selskabet. Den 31/1 2012 udvidede hun forsikringen til også at dække under arbejde (heltidsulykkesforsikring). Det fremgår af hendes police af 31/1 2012, at hendes erhverv var angivet som "kontorarbejde, udelukkende" og at forsikringsbetingelserne, der gjaldt for forsikringen var nr. 20-6.

11. 86865

Klageren kom til skade ved et ulykkestilfælde den 1/6 2013. I skadeanmeldelsen til selskabet oplyste hun sin stilling som studerende/tjener. Selskabet har anført, at hun ikke tidligere har oplyst, at hun arbejdede som tjener. Hvis dette var blevet oplyst til selskabet, ville prisen for forsikringen have været betydeligt højere. Selskabet har på denne baggrund ydet pro rata dækning med henvisning til, at der foreligger fareforøgelse, jf. herved forsikringsaftalelovens § 121 og forsikringsbetingelsernes punkt 100 og 101, hvoraf det fremgår, at forsikrede skal oplyse selskabet om ændringer i den erhvervsmæssige beskæftigelse mv.

Klageren har hertil blandt andet anført, at hun telefonisk har oplyst til selskabet, at hun har arbejdet som tjener, og at det var betingelser 20-7, der gjaldt på skadestidspunktet. Endvidere har hun i sin klage anført, at hun fra slutningen af 2011 og frem til medio marts 2012 ikke arbejdede som tjener.

Hvad angår spørgsmålet om, hvilke forsikringsbetingelser der gjaldt på skadetidspunktet, bemærker nævnet, at det fremgår af klagerens police af 31/1 2012, at det er forsikringsbetingelser 20-6 der gælder, og at hun ikke har fremlagt dokumentation for, at forsikringsbetingelser 20-7 skulle være aftalt mellem parterne på skadetidspunktet. Det er derfor nævnets opfattelse, at forsikringsbetingelser 20-6 var gældende på skadetidspunktet. Det af klageren anførte kan efter nævnets vurdering ikke føre til et andet resultat.

Nævnets flertal udtaler herefter:
På det foreliggende grundlag finder flertallet, at klageren ikke har bevist, at hun i perioden efter ændringen af forsikringen pr. 31/1 2012 til en heltidsulykkesforsikring og frem til anmeldelsen af ulykkestilfældet har oplyst selskabet om, at hun i marts 2012 tiltrådte et tjenerjob. Flertallet finder det på dette grundlag godtgjort, at hun har tilsidesat sin forpligtelse i forsikringsbetingelsernes punkt 100 til at meddele selskabet enhver ændring af arten af den erhvervsmæssige beskæftigelse.

Efter det oplyste om selskabets tarifering, herunder dets fareklassetabeller, og på baggrund af det indhentede responsum fra Forsikring & Pension, der blandt andet oplyser,

at det er almindeligt, at selskaberne ved heltidsulykkesforsikringer tariferer på baggrund af bijob/studiejob mv., finder flertallet, at selskabet har godtgjort, at klageren på ulykkestidspunktet burde have været indplaceret som tjener i fareklasse 5 i stedet for fareklasse 1, og at hun som følge heraf skulle have betalt en højere pris for forsikringen. Selskabet har derfor været berettiget til at yde pro rata erstatning som sket, jf. herved forsikringsbetingelserne punkt 101 og forsikringsaftalelovens § 121. Nævnets flertal kan derfor ikke kritisere størrelsen af den af selskabet udbetalte erstatning.

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

Nævnets mindretal udtaler:
Det fremgår af de gengivne forsikringsbetingelser 20-6, punkt 100, at enhver ændring af art af forsikredes erhvervsmæssige beskæftigelse skal meddeles selskabet. Det fremgår samtidig af punkt 101, at selskabet - såfremt en sådan ændring ikke er meddelt selskabet, og denne medfører en forøgelse af risikoen for selskabet – udbetaler en forholdsmæssig erstatning.

Mindretallet bemærker, at selskabet i sine nye betingelser, betingelser 20-7, har ændret tariferingsgrundlaget på området for forsikringstagerens pligt til at oplyse om bijob/studiejob. Således gælder forsikredes pligt til at oplyse om ændringer i erhvervsmæssig beskæftigelse efter disse betingelser alene, hvor forsikrede har eller får et bierhverv i mere end 10 timer om ugen.

Efter en gennemgang af sagen finder mindretallet, at forsikringsbetingelserne 20-6 ikke med den fornødne klarhed henleder den forsikredes opmærksomhed på, at der i forbindelse med sædvanlige studiejob som klagerens påhviler den forsikrede en oplysningspligt, hvis tilsidesættelse kan få betydelige dækningsmæssige konsekvenser. Mindretallet bemærker i denne forbindelse, at det fremgår af aftalelovens § 38b, at hvis der opstår tvivl om forståelsen af en aftale, og det pågældende aftalevilkår ikke har været genstand for individuel forhandling, fortolkes vilkåret på den måde, som er mest gunstig for forbrugeren. Mindretallet finder derfor, at selskabet har været uberettiget til at gøre fareforøgelse gældende og skal udbetale fuld dækning til klageren.

13. 86865

Efter udfaldet af stemmeafgivningen

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Poul Sørensen