Ankenævnet for Forsikring

Den 27. september 2017 blev i sag nr. 90692:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

GF-Forsikring A/S
Jernbanevej 65
5210 Odense NV

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har haft indboforsikring, bilforsikring og ulykkesforsikring i GF-Forsikring A/S. Hun klager over, at selskabet har afvist at dække et anmeldt indbrudstyveri, og at selskabet ikke har tilbagebetalt den fulde præmie for bilforsikringen.

Selskabet har afvist at yde dækning med henvisning til, at klageren i forbindelse med indtegningen af forsikringerne har afgivet urigtige risikooplysninger. Selskabet har i medfør af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, annulleret alle klagerens forsikringer undtagen den lovpligtige motoransvarsforsikring.

I klagen af 3/4 2017 har klageren bl.a. anført:

> "**Sagsfremstilling**
> …
> Jeg [klageren] og min mand … havde indbrud den 18/3-17
> Vi kom hjem til et frygteligt syn hvor stort set alt var rippet.
> Jeg ringer til politiet og de kommer og kigger.
> Jeg ringer til mit forsikringsselskab som er Gf forsikring om mandagen den 20/3-17 for at fortælle dem jeg har haft indbrud så jeg kan få dækket de manglende ting.
> Når alt er gjort skal jeg udfylde en liste hvor jeg sætter de manglende ting ind og skal skrive nypris og forventet pris.
> Nogle få dage efter bliver jeg ringet op af [skademedarbejder] som har taget sig af vores sag og han fortæller at jeg skylder andre forsikringsselskaber penge, og er blevet smidt ud af 2 forsikringsselskaber før.
> Det gør at jeg ikke kan blive dækket, da jeg havde sagt til dem at jeg ikke skyldte andre penge og ikke var blevet smidt ud før da jeg tegnede min forsikring tilbage i starten af 2015.

Jeg klager og derfor til deres advokat, fordi jeg synes ikke det er i orden at efter 2 år som fast kunde at jeg åbenbart ikke har været forsikret for noget som helst i over 2 år og har betalt trofast for at være dækket mod evt. Brand indbrud osv.
Jeg får svar tilbage og der er det samme grundlag som [skademedarbejderen] har fortalt mig at jeg ikke kan blive dækket.

Jeg har været uvidende om at jeg har skyldt penge og er blevet smidt ud af forsikringsselskaber.
[Behandlingssted] mener jeg har haft depression siden jeg har været 12 år hvilket påvirker min hukommelse.
Jeg ringer derfor rundt til forsikringsselskaber jeg har haft før, og får det bekræftet, men at de må slette mine skyldige beløb da de ikke har sendt mig rykkere og regninger hvilket har gjort det sværere for mig at være vidende om udsmidning og skyldige beløb.

Jeg er så nu kommet i tanker om at jeg har ringet før til mit forsikringsselskab Gf for at få dækket noget elektronik uden nogen problemer. De har sagt til mig jeg bare skal betale min selvrisiko og sende det ødelagte elektronik ind så det kan blive lavet og dækket.

1 gang var da min søn kom til at hive min computer ned fra bordet hvor skærmen gik i stykker.
Det var i år 2015 imellem august og december måned. Men mindes det var september eller oktober jeg ringede.

2 gang var i år 2016 imellem august og oktober hvor skærmen på min iPhone 6s plus gik i stykker.

Begge gange har de som sagt fortalt mig at jeg bare skal sende det ind og betale selvrisiko.
Så begge gange har de faktisk ville dække.
Begge gange har de haft mulighed for at tjekke op på om min forsikring skulle dække.

Men nu hvor de skal dække en stor skade tjekker de op på mig og vil derfor ikke dække. Hvilket jeg synes er uretfærdig.

Hvis de har ville dække mine små ting førhen bør de også dække de store ting.

De har valgt at betale de penge jeg har betalt for forsikring i de lidt over 2 år jeg har været hos dem tilbage som er et beløb på lidt over 7000 kr.
Jeg er ikke tilfreds med den afgørelse. Da de slet ikke rækker langt nok til det vi har mistet.
Derfor har jeg lagt pengene på en af mine andre kontoer i [bank] så de ikke bliver brugt.

Håber derfor i kan hjælpe mig.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?
Jeg vil have de dækker vores manglende ting efter indbruddet den 18/3-17
Jeg vil også have de dækker vores flytning med depositum til andet sted, da vi ikke føler os trygge her mere.
Jeg vil også have det fulde beløb tilbage for bilforsikring i de lidt over 2 år jeg har været hos dem. Da jeg slet ikke havde valgt dem til at starte med hvis jeg havde vidst de ikke

ville have mig med indboforsikring osv. fra start af da jeg vil have mine forsikringer samlet et sted."

Selskabet har i brev af 21/4 2017 til nævnet bl.a. anført:

"Sagsfremstilling:

Forsikringstager kontaktede selskabet telefonisk den 20.03.2017 og anmeldte indbrud i familiens rækkehus. Forsikringstager har udfyldt en kosteropgørelse via selvbetjening i Scalepoint på ca. 250.000 kr. (bilag …).

Som følge af kravets størrelse, kostervalg og husstandens antal af RKI poster, besluttede selskabet at udtage sagen til kontrol.
I den anledning blev forsikringstager anmodet om, at underskrive en samtykkeerklæring (bilag …) til brug indhentelse af oplysninger fra tidligere forsikringsselskaber.

På baggrund af samtykkeerklæringen oplyste [forsikringsselskab 1], at både forsikringstagers ulykkesforsikring og indboforsikring tidligere var opsagt på grund af restance den 11/04 2012. Kopi af [forsikringsselskabs 1s] skrivelse af 22/03 2017 vedlægges (bilag …).

Ydermere oplyste [forsikringsselskab 2], at forsikringstager havde været forsikret hos dem, og at de ligeledes havde opsagt kundens indboforsikring pga. restance den 18/1 2014. Kopi af [forsikringsselskabs 2s] skrivelse af 22/03 2017 vedlægges (bilag …).

I forbindelse med forsikringstagers indtegning i GF Forsikring skrev forsikringstager under på, at hun ikke tidligere var opsagt hos et andet forsikringsselskab på grund af restance.
Det underskrevne tilbud vedlægges (bilag …).

På baggrund af de indhentede oplysninger fra tidligere selskaber kunne det konstateres, at forsikringstager afgav urigtige oplysninger i forbindelse med indtegning.

Som følge heraf meddelte GF Forsikring forsikringstager både telefonisk og ved skrivelserne af 22/03 2017 (bilag …) og 24.03.2017 (bilag …), at Familiens Basisforsikring blev opsagt med tilbagevirkende kraft samt at selskabet afviste at udbetale erstatning for det anmeldte indbrud.

Dette med henvisning til, at forsikringstager ikke havde oplyst, at hendes forsikring to gange tidligere var opsagt grundet restance.

Det afgørende i sagen er, at forsikringstager ikke har oplyst, at hun tidligere er opsagt af to andre forsikringsselskaber og GF Forsikring fastholder, at der ved udfyldelse af tilbud blev afgivet urigtige oplysninger i henhold til Forsikringsaftalelovens § 6. Selskabet har således været berettiget til at opsige forsikringen med tilbagevirkende kraft til ikrafttrædelsesdatoen.
Som det er beskrevet ville indtegning i dette tilfælde være i direkte modstrid med selskabets acceptpolitik.

Det fastholdes, at selskabet har været berettiget til at afvise erstatningskravet i forbindelse med det anmeldte indbrud.
GF Forsikring indtegner således ikke kunder, som tidligere er opsagt af et andet forsikringsselskab. Til orientering vedlægges kopi af selskabets acceptpolitik, som var gælden-

de på det tidspunkt hvor indtegning fandt sted. Heraf fremgår tydeligt, at GF Forsikring ikke kan indtegne kunder, som tidligere er opsagt hos et andet forsikringsselskab. (Bilag …)

Der har ganske rigtigt været to tidligere skader - den ene med en udgift på 231,25 kr., og den anden uden udbetaling.
Det forhold, at GF Forsikring først i forbindelse med nærværende sag har fundet anledning til, at indhente oplysninger fra tidligere selskaber, kan ikke tillægges betydning ved vurderingen af, hvorvidt forsikringstager har afgivet urigtige oplysninger ved tegning af forsikringen.

Yderligere kommentarer:

Forsikringstager henviser til, at hun har dårlig hukommelse som følge af en depression, og at hun ikke har været klar over at hendes forsikringer er blevet opsagt. Inden forsikringerne er blevet opsagt har de været igennem de almindelige rykkerprocedurer hos både [forsikringsselskab 1] og [forsikringsselskab 2], hvorfor vi finder det usandsynligt at forsikringstager ikke skulle have været bekendt med at hendes forsikring blev opsagt.
Forsikringstager tegner vel netop en ny forsikring idet hun er klar over, at den tidligere forsikring ikke længere er i kraft.

Det bemærkes at forsikringstager i deres accept af tilbuddet den 09/02 2015 også oplyser, at de ikke har haft nogen skader de seneste tre år.
[Forsikringsselskab 2] oplyser dog at de har udbetalt 88.135 kr. i forbindelse med en brand i 29/05 2013."

Klageren har i mail af 24/5 2017 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg har kigget på jeres svar og kan ikke lige finde et svar på det jeg skrev.

Jeg skrev at jeg ikke kan forstå hvorfor i har ville dække en smadret skærm på en computer og en smadret skærm på min iPhone.
…
Og nu hvor beløbet er stort tjekker i først op på mig og ikke de 2 andre gange.
Jeg tror grunden er fordi i tænkte det var småbeløb dem kan vi sagtens betale uden at tjekke om vi skal dække og nu hvor beløbet er stort så gør i alt for at tjekke om i skal betale eller ikke.

Så kan i give et svar på hvorfor i ville ved små beløb før og nu fordi det er et stort beløb at i så ikke vil. Og samtidig vil jeg gerne have svar på hvorfor i ikke tjekkede de første 2 gange i stedet for først nu."

Selskabet har i brev af 13/6 2017 til nævnet bl.a. anført:

"Vi har modtaget forsikringstagers kommentarer til sagen, hvor der stilles spørgsmål til, hvorfor vi ikke undersøgte forsikringstagers forsikringshistorik på et tidligere tidspunkt.

Som udgangspunkt stoler vi på de oplysninger vi modtager fra vores kunder, og undersøger ikke pr. automatik forsikringshistorikken på alle nye kunder vi tegner ind. I denne sag har vi ikke tidligere fundet anledning til at foretage disse undersøgelser. Det fandt vi dog ved seneste skade pga. udviklingen i forsikringsforholdet og omstændighederne omkring skaden i øvrigt."

Klageren har i mail af 7/7 2017 til nævnet hertil bl.a. anført:

> "I skriver at omfanget af hvad jeg søger i erstatning er grunden til i tjekker op på mig.
> Hvilket så betyder at beløb er grunden.
> Selvfølgelig er der stor forskel på at betale 3000 for at dække en skærm på iPhone også det beløb jeg har krævet nu.
> Men i har sagt til mig at i tjekker op hver gang det kommer en sag på jeres kunder.
> Så uanset omfang af erstatning burde i tjekke.
> At bruge beløb som undskyldning kan jeg ikke se gør nogen forskel. At tænke på penge fremfor at forsikre jeres kunder er uacceptabel. Antal af penge har ikke nogen betydning. Enten er man forsikret eller ikke uanset beløb.
> At i først tjekker op på det nu er jeres fejl og ikke min. I har haft chancen 2 gange. At i ikke gjorde det er jeres egen skyld."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, herunder et uddrag af selskabets interne acceptregler. Et uddrag gengives i det følgende.

Af accept af tilbud, som klageren har underskrevet med NemID den 9/2 2015 fremgår bl.a.:

SAMTYKKE

ACCEPT AF FORSIKRINGSTILBUD	
Samtykke:	Med min underskrift (NemID) bekræfter jeg/vi, at de givne oplysninger og forudsætninger i tilbuddet er korrekte. Endvidere bekræfter jeg/vi, at jeg/vi og min/vores husstand aldrig er blevet pålagt strengere vilkår (fx forhøjet selvrisiko eller pris (for forsikring) eller aldrig er blevet opsagt af noget selskab tidligere pga. skader, restance mv. Jeg/vi er bekendt med, at afgivelse af urigtige oplysninger kan medføre, at retten til erstatning bortfalder helt eller delvist i henhold til forsikringsaftaleloven. Jeg/vi giver GF Forsikring lov til at søge oplysninger om skadeforløb, anciennitet, tilstandsrapporter og eventuel opsigelsesårsag for mine og husstandens nuværende og tidligere forsikringer i andre forsikringsselskaber. Jeg/vi giver samtidig GF Forsikring lov til at foretage de nødvendige opsigelser.

ACCEPT AF FORSIKRINGSTILBUD	
Jeg accepterer ovenstående og giver samtykke til, at mine oplysninger kan deles som beskrevet ovenfor.:	[X]

Af en mail fra klagerens tidligere forsikringsselskab 1 til selskabet fremgår bl.a.:

> "Vi kender kunden,
>
> Har været forsikret med Indbo fra 8/2-12 til 11/4-12 hvor den er udgået med restance. Kunden skylder for perioden. Ingen skader.
>
> Har været forsikret med Ulykke fra 8/2-12 til 14/3-13 hvor den er udgået med restance. Kunden skylder for perioden 1/2-13 til 14/3-13. Ingen skader."

Af mail af 22/3 2017 fra klagerens tidligere forsikringsselskab 2 til selskabet fremgår bl.a.:

> "Vi har haft følgende forsikringer på kunden
> Indbo - 01.03.2013 -18.01.2014. Afgangsført pga. restance. Skyldigt beløb er tabsført.
>
> Vi nåede at få anmeldt en skade på forsikringen - 29.05.2013 - Brand i friturегryde med brand, røg og sodskade som følge. Udbetaling ialt 88.135 kr. (til ISS og SP/FT)
>
> Auto … - 01.04.2013 -19.06.2013 - afgangsført da bilen er solgt.
> Auto … - 06.06.2013 - 08.01.2014 afgangsført da bilen er afmeldt. - Kunden skylder os 3.565,53 kr. for denne forsikring, sagen er indberettet til inkasso."

Nævnet udtaler:

Klageren har ved sin underskrift (NemID) den 9/2 2015 accepteret et tilbud fra selskabet på indbo-, bil- og ulykkesforsikring.

Klageren anmeldte i 2015 og 2016 to skader til sin indboforsikring på henholdsvis en computer og en IPhone. Den første skade dækkede selskabet med 231,25 kr., og den anden skade blev afsluttet uden udbetaling. Klageren anmeldte i 2017 et indbrud med et krav på ca. 250.000 kr. I forbindelse med denne skade foretog selskabet undersøgelser og afviste at yde forsikringsdækning med henvisning til, at klageren i forbindelse med indtegningen havde afgivet urigtige risikooplysninger om opsigelse på grund af restance hos andre forsikringsselskaber. Selskabet har med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, opsagt klagerens forsikringer undtagen den lovpligtige motoransvarsforsikring med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet og har tilbagebetalt den indbetalte præmie til klageren.

I accepten af tilbuddet har klageren den 9/2 2015 underskrevet blandt andet følgende: "Med min underskrift (NemID) bekræfter jeg/vi, at de givne oplysninger og forudsætninger i tilbuddet er korrekte. Endvidere bekræfter jeg/vi, jeg/vi aldrig er blevet pålagt strengere vilkår (fx forhøjet selvrisiko eller pris (for forsikring) eller aldrig er blevet opsagt af noget selskab tidligere pga. skader, restancer mv. Jeg/vi er bekendt med, at afgivelse af urigtige oplysninger kan medføre, at retten til erstatning bortfalder helt eller delvist i henhold til forsikringsaftaleloven. Jeg/vi giver GF Forsikring lov til at søge op-

lysninger om skadeforløb, anciennitet, tilstandsrapporter og eventuel opsigelsesårsag for mine og husstandens nuværende og tidligere forsikringer i andre forsikringsselskaber…".

To forsikringsselskaber, der har haft klageren som kunde, har oplyst til det indklagede selskab, at forsikringer tegnet hos dem var udgået på grund af restance i 2012, 2013 og 2014.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren i forbindelse med sin accept af forsikringstilbuddet har afgivet urigtige oplysninger om opsigelse af andre selskaber. Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det følger af forsikringsaftalelovens §§ 12-13, at et selskab ved manglende betaling af senere præmier end nytegningspræmien skal sende en rykker og opsige forsikringen for at bringe forsikringsaftalen til ophør. Nævnet finder det ikke godtgjort, at klagerens tidligere forsikringsselskaber har undladt at sende rykkere, og at hun hverken vidste eller burde vide, at hun havde modtaget rykkere indeholdende en opsigelse. Det er på den baggrund nævnets opfattelse, at afgivelsen af de urigtige oplysninger kan tilregnes hende som uagtsomt.

Opsigelserne er sket inden for de seneste tre år fra klagerens accept af forsikringstilbuddet hos det indklagede selskab. Nævnet finder med henvisning til selskabets interne acceptregler, at det har bevist, at det kun ville have tegnet den lovpligtige motoransvarsforsikring, såfremt klageren havde givet korrekte oplysninger.

Nævnet finder herefter ikke grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist at dække det anmeldte indbrudstyveri og har opsagt de tegnede forsikringer med tilbagevirkende kraft bortset fra motoransvarsforsikringen.

Da selskabet i henhold til lovgivningen er forpligtet til tegne motoransvarsforsikring, kan nævnet ikke kritisere, at selskabet har opretholdt og ikke tilbagebetalt præmie for denne forsikring.

At selskabet har behandlet og dækket tidligere anmeldte skader, kan ikke føre til et andet resultat. Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det ikke er godtgjort, at selskabet på tidspunktet for anmeldelsen af disse skader kendte til eller havde anledning til mistanke om de urigtige oplysninger.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Peter Thønnings