Ankenævnet for Forsikring

Den 6. december 2017 blev i sag nr. 90760:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

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

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har retshjælpsforsikring i Alm. Brand Forsikring A/S. Hun klager ved sin advokat over selskabets afgørelse vedrørende dækningsomfanget i sagen.

Selskabet har henvist til, at sagen er behandlet i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne.

Det fremgår af sagen, at klageren er en af ca. 50 sagsøgte i en sag anlagt af et forsikringsselskab i likvidation. Der var anlagt 9 retssager mod de sagsøgte, og advokaten har bistået de sagsøgte i 8 af sagerne. Det er oplyst, at i alle sager på nær én er der flere sagsøgte.

De sagsøgte har retshjælpsforsikringer i forskellige selskaber, og Alm. Brand Forsikring har administreret sagen på alle forsikringsselskabernes vegne.

Klagerens advokat har i klageskema af 6/4 2017 til nævnet blandt andet anført:

> "1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen. Supplerende redegørelse kan evt. vedlægges.
>
> **Sagen vedrører omfanget af rethjælpsforsikringsdækning i 8 retssager for Retten i [by], hvilke 8 retssager blev behandlet i forbindelse med hinanden i medfør af Rpl. § 254.**
> **Se tillige vedhæftede sagsfremstilling med bilag 1-4**

2. Hvad vil du konkret opnå hos selskabet? (skal udfyldes)

Principalt:
De indklagedes forsikringsselskaber tilpligtes at anerkende, at undtagelsesbestemmelsen i forsikringsbetingelserne pkt. 8.3/8.4 om kumulation ikke finder anvendelse.

Subsidiært:
De forsikringsselskaber, der har forsikringsbetingelser af typen B, jf. nedenfor med angivelse af overskrift 'Kumulerede sager' tilpligtes at anerkende, at bestemmelsen herom ikke finder anvendelse i den konkrete sag.
...

SAGSFREMSTILLING

[Forsikringsselskab i likvidation] anlagde successive retssager mod forskellige forsikringstagere i selskabet. Sagsanlæg startedes i december 2015 og fortsatte i de første måneder af 2016.

Der blev i hver af de oprindelig 9 sager udfærdiget særskilte stævninger. Undertegnede blev bedt om at repræsentere de sagsøgte i 8 af de 9 sager.

I hver af de 8 sager er der – på nær én – flere sagsøgte.

Til de oprindelig 51 sagsøgte, som jeg repræsenterer, opnåedes retshjælpsforsikring i forskellige forsikringsselskaber, der alle blev repræsenteret af advokat … Der er uenighed mellem parterne om omfanget af den samlede forsikringsdækning. Bestemmelsen om kumulerede sager vil – hvis den finder anvendelse – indebære, at forsikringsdækningen er 5 x maksimum, som i den konkrete situation er kr. 225.000, altså samlet kr. 1.125.000. Såfremt bestemmelsen ikke finder anvendelse, vil maksimumsdækning i de 8 sager være 5 x 7 sager + 1 sag = 36 x maksimum, hvilket udgør kr. 9.112.500. Tallene er angivet inkl. moms.

Sagsgenstanden i sagen ligger på ca. kr. 90 mio., hvorfor det har betydning, hvilket maksimum, der gælder, især hvis der sker anke.

Parterne er så vidt vides enige om alene at bede Ankenævnet træffe afgørelse vedrørende dækningsomfang, således som det nærmere er formuleret ved påstandene. Der er derfor ikke noget særligt behov for at orientere om selve retssagerne, bortset fra det ovennævnte.

Den juridiske diskussion vedrørende en bestemmelse, der er forskelligt formuleret i forsikringsbetingelserne for de enkelte forsikringsselskaber. Jeg vedlægger som udsnit forsikringsbetingelserne for Alm. Brand, [andet forsikringsselskab 1, 2 og 3].

Formuleringen i forsikringsbetingelserne fra Alm. Brand betegner jeg som formular A. Den omdiskuterede bestemmelse findes som pkt. 8.3. [Selskabernes advokat] har oplyst, at i de nye forsikringsbetingelser hedder bestemmelsen pkt. 8.4.

Hos de øvrige forsikringsselskaber findes bestemmelsen som pkt. 8.4 med overskriften 'Kumulerede sager', hvilket jeg kalder formular B.

Det er min opfattelse, at den juridiske diskussion er ens for begge typer af bestemmelse. Første led i bestemmelsen vedrører flere sikrede. Denne betingelse er opfyldt. Den fælles oprindelse er ligeledes opfyldt.

Den tredje betingelse om, at sagerne opfylder betingelserne i retsplejelovens kap. 23 om kumulation er imidlertid ikke opfyldt. Det er her uenigheden opstår.

Kumulationsbestemmelsen er som bekendt Rpl. § 250. I denne indgår en juridisk prøvelse, herunder for så vidt angår stk. 1 nr. 5. Hvis den ene part gør indsigelse, skal det overlades til en judiciel afgørelse. En sådan foreligger ikke.

De enkelte forsikringsselskaber kan ikke afgøre, om betingelserne for kumulation var opfyldt eller ikke var opfyldt.

Jeg er således uenig med [selskabernes advokat] i, at der blot kan opstilles en teoretisk vurdering af, om kumulation var blevet tilladt eller ej.

I de foreliggende sager tillod retten en fælles behandling efter Rpl. § 254, hvilket udelukker kumulation. Det er derfor det samme som at sige, at kumulation fandt ikke anvendelse.

Formuleringen i type A forsikringsbetingelserne er derfor ikke ganske nøjagtig.
Dertil kommer – som det helt afgørende – at den samme bestemmelse netop ikke gælder for sager med fælles behandling efter retsplejelovens § 254.

Der kan altså ikke fortolkes udvidet. Forsikringsselskabet er koncipist og må være i stand til at udtrykke forsikringsvilkårene entydigt. Der kan således ikke listes en yderligere undtagelse ind i forståelsen af forsikringsbetingelserne.

I forsikringsbetingelserne type B står resultatet om muligt endnu klarere, idet overskriften 'Kumulerede sager' klart angiver, at det er det, som bestemmelsen vedrører. Jeg er klar over, at der i stk. 2 omhandles gruppesøgsmål, men også dette står på en entydig måde.

Der henvises alene til retsplejelovens kap. 23 om kumulation og ikke det samme kapitels bestemmelse i § 254 om forhandling af sager i forbindelse med hinanden. Den manglende angivelse i såvel overskrift som tekst medfører, at bestemmelsen må læses efter pålydende.

Som ovenfor nævnt, blev der anlagt 9 retssager, hvoraf den ene retssag ikke blev gennemført. De 8 retssager omfattede 51 personer, som jeg repræsenterede. To af disse personer har dog under sagsforløbet ønsket at udtræde af sagen og har således indgået forlig med modparten.

Endvidere skal tilføjes, at jeg havde bedt [selskabernes advokat] om aftale om vurdering af spørgsmålet for domstolene, men at dette forslag er blevet afvist. Sagen må derfor først behandles i Ankenævnet."

Selskabets advokat har i brev af 30/5 2017 til nævnet blandt andet oplyst:

"**PÅSTAND:**

Klagen kan ikke tages til følge.

SUPPLERENDE SAGSFREMSTILLING

Så vidt indklagede er bekendt, består det sagskompleks, ankenævnssagen vedrører, af 9 søgsmål, alle anlagt ved retten i [by]. [Klagerens advokat] repræsenterer de sagsøgte parter i 8 af de 9 sager.

Antallet af individuelle sagsøgte personer har tilsyneladende varieret lidt under retssagens forløb, og der er ikke helt entydige oplysninger herom; men omkring 50 personer er repræsenteret af [klagerens advokat]. Disse personer – eller langt størstedelen heraf – har tegnet retshjælpsforsikring i en række forskellige forsikringsselskaber. På forsikringsselskabernes vegne administreres sagen af Alm. Brand Forsikring A/S, som undertegnede bistår med den praktiske håndtering af retshjælpssagen.

Som bilag A fremlægges et skema udarbejdet den 2. maj 2016 med oversigt over de sagsøgte parter, de involverede forsikringsselskaber samt de af sagsøger nedlagte påstande, baseret på de oplysninger, der har været tilgængelige.

Alle sager er anlagt af [advokat 1] og [advokat 2] som likvidatorer på vegne [forsikringsselskab i likvidation] (…).

Som bilag B-H fremlægges de stævninger, der er i min besiddelse.

Det bemærkes, at parterne i behandlingen af retshjælpsforsikringssagen har taget udgangspunkt i den sag, der er anlagt mod [klageren] m.fl., jf. den som bilag B fremlagte stævning.

Som bilag I fremlægges svarskrift i sagen anlagt mod [klageren] m.fl.

Som bilag J fremlægges replik i samme sag, mens duplikken fremlægges som bilag K.

Som bilag L fremlægges sagsøgers påstandsdokument i sagen, mens sagsøgtes påstandsdokument fremlægges som bilag M.

…

1. Sagskompleksets parter

Det fremgår af sagsakterne, at [forsikringsselskab i likvidation] den 6. december 2013 trådte i frivillig likvidation, hvilket skete ved generalforsamlingsbeslutning. [Forsikringsselskab i likvidations] medlemmer er dets forsikringstagere. Forud for beslutningen om at træde i likvidation traf delegeretforsamlingen på samme generalforsamling beslutning om at udlodde [forsikringsselskab i likvidation] formue på ca. 83 mio. kr. til en erhvervsdrivende fond, som ved samme lejlighed blev oprettet under navnet '… '.

Der er efterfølgende opstået tvist om, hvorvidt der i februar 2011 var gennemført en gyldig valghandling i [forsikringsselskab i likvidation], herunder om den siddende delegeretforsamling (i konsekvens heraf) kunne anses for lovligt valgt.

Finanstilsynet har den 1. april 2015 besluttet at suspendere [forsikringsselskab i likvidations] vedtægter for at sikre, at en kommende nyvalgt delegeretforsamling ikke træffer beslutninger, som kan vise sig at være irreversible. Dette forhold er nærmere beskrevet i stævningen, og det fremgår, at der er tale om en foreløbig suspension, indtil der er opnået tilstrækkelig afklaring om gyldigheden af det valg til ny delegeretforsamling, [forsikringsselskab i likvidation] foretog i 2011.

Der er i den forbindelse opstået tvist vedrørende 120 såkaldt tillægsforsikringer, der blev tegnet umiddelbart op til valget i 2011 i [forsikringsselskab i likvidation]. Der var tale om indboforsikringer, der blev tegnet som tillæg til allerede eksisterende indboforsikringer, som de pågældende personer i forvejen havde tegnet i andre forsikringsselskaber. Det er likvidatorernes opfattelse, at tegningen af disse tillægsforsikringer fra forsikringsselskabets side var motiveret af det forestående valg og et ønske fra den siddende delegeretforsamling om at opnå indflydelse på valghandlingens resultat, således at den siddende delegeretforsamling kunne bevare sin indflydelse i [forsikringsselskab i likvidation]. Likvidatorerne har under retssagen nærmere redegjort for, hvorfor der efter deres opfattelse var tale om proforma-forsikringstegning. Dette fremgår af processkrifterne.

Baggrunden for de nu anlagte retssager er at få afklaret, om disse tillægsforsikringer – personificeret ved 120 'nye' forsikringstagere – var berettiget til at udøve 'medlemsindflydelse' og dermed få afgørende indflydelse på beslutninger om disponering af [forsikringsselskab i likvidations] formue til gavn for den tidligere ledelse.

Ifølge stævningen har likvidatorerne modtaget bekræftelse fra 45 forsikringstagere på, at disse på baggrund af likvidatorernes henvendelse frafalder deres medlemsrettigheder i [forsikringsselskab i likvidation].

Øvrige 'nye' forsikringstagere, der i det væsentlige er repræsenteret af [klagerens advokat], har enten erklæret sig uenige i likvidatorernes synspunkt eller forholdt sig passive. Det er over for denne kreds af forsikringstagere, der altså ikke har erklæret sig enige i likvidatorernes synspunkt, at sagskomplekset er anlagt ved de 9 stævninger.

2. Formålet med sagskomplekset

Likvidatorerne har i stævningens indledning anført, at de med sagsanlægget ønsker *'... med en retlig afgørelse [at] have det fornødne grundlag for at afklare, hvor stor en del af sagsøgers forsikringsstand pr. likvidationstidspunktet, der skal kunne udøve indflydelse i sagsøger, herunder særligt vedrørende spørgsmålet om fordelingen af likvidatetsprovenuet'*.

3. Sagsøgernes påstande

De påstande, likvidatorerne som sagsøger har nedlagt, er i sagskomplekset formuleret således over for hver af de individuelle personer i de enkelte søgsmål:

> *'NN tilpligtes at anerkende, at den mellem NN og sagsøger indgåede forsikringsaftale med police nr. ... er ugyldig, og at NN således hverken har opnået eller kan opnå medlemsrettigheder i forsikringsselskabet [forsikringsselskab i likvidation] G/S (nu i likvidation) på grundlag af, eller i øvrigt støtte ret på, forsikringsaftale med police nr. ...'*

…

5. Sagsøgers anbringender

Til støtte for de nedlagte påstande har likvidatorerne anført en lang række anbringender, der fremgår af stævningerne. På nuværende tidspunkt er det næppe relevant at gå dybere ind i de enkelte anbringender, der ikke umiddelbart ses at have relevans for spørgsmålet om forsikringsdækning. Helt generelt kan dog bemærkes, at der i vidt omfang er tale om proforma-betragtninger. I stævningerne anføres bl.a.:

> *'Det gøres herefter gældende, at tegningen af tillægsforsikringerne alene var nødvendiggjort og motiveret af det forestående valg til ny delegeretforsamling i 2011 og et ønske fra dele af den daværende ledelse om at opnå indflydelse på valghandlingens resultat for derved at bevare den fulde indflydelse på sagsøger og enekontrollen over sagsøgers formue med henblik på at varetage egne – og sagsøger og de øvrige forsikringstagere uvedkommende – økonomiske interesser.*
>
> *Dette støttes også af, at tillægsforsikringen ikke havde en reel forsikringsmæssig realitet for hverken sagsøger eller de pågældende forsikringstagere, men at disse i stedet dels skulle sikre, at der var det påkrævede antal stemmer til, at et valg af de of den daværende ledelse, mere konkret bestyrelsen, opstillede kandidater, herunder ..., kunne finde sted.*
>
> *Henset til hændelsesforløbet i sagsøger, herunder særligt den daværende bestyrelses dispositioner som beskrevet ovenfor, gøres det herefter gældende, at beslutningen om at tegne tillægsforsikringerne, herunder de sagsøgtes, udgør dispositioner – i en række af flere dispositioner – der ikke har været udført i sagsøgers og dets øvrige forsikringstageres interesse.'*

Det fremgår af stævningerne, hvorledes en række af de i den enkelte retssag sagsøgte personer har haft indbyrdes relationer f.eks. i form af ægtefælle, børn, bekendte fra fritidsaktiviteter m.v.

…

6. De sagsøgtes svar

[Klagerens advokat] har i svarskrifter i de enkelte retssager nedlagt følgende påstande:

> *'Principalt: Afvisning*
>
> *Subsidiært: Frifindelse for tiden.*
>
> *Mere subsidiært: Frifindelse.'*

Til støtte for den principale påstand om afvisning har advokaten gjort gældende, at [forsikringsselskab i likvidation] ikke har fornøden retlig interesse, hvilket er nærmere uddybet i et andet processkrift, hvormed de sagsøgtes advokat har begæret sagen henvist til landsretten.

[Klagerens advokat] har endvidere gjort gældende, at [forsikringsselskab i likvidation] ikke har søgsmålskompetence.

…

7. Forskelle på retssagerne

Bortset fra, at det i sagens natur er forskellige personer, der er omfattet af de stævninger, der er udtaget i de 8 sager, hvor [klagerens advokat] repræsenterer de sagsøgte, er retssagerne i alt væsentligt ens.

Umiddelbart er der den fysiske forskel på de 8 retssager, at i et par af sagerne er der tale om en forholdsvis 'lille' stævning på ca. 40 sider, mens der i de øvrige retssager er tale om en forholdsvis 'stor' stævning i størrelsesordenen ca. 110-120 sider.

Påstandene i henholdsvis de 'små' og de 'store' sager er dog ganske ens, jf. også afsnit 6 ovenfor.

Den væsentligste forskel på, at der findes stævninger af to forskellige størrelser, synes at være, at der i 5 af retssagerne er foretaget politimæssig efterforskning af nogle af de sagsøgte personer, hvilket bl.a. medfører omfattende citater fra politirapporter m.v. samt omtale af anklagemyndighedens efterforskning i den strafferetlige sag. Den politimæssige efterforskning er formentlig også grunden til, at anbringenderne i disse sager fylder noget mere end i de 'små' sager.

Grundlæggende er sagsøgernes hovedsynspunkter og hovedanbringender i de 'små' sager dog de samme som i de 'store' sager.

8. Retshjælpsforsikringssagen

Som nævnt indledningsvis er [klagerens advokats] klienter, eller i hvert fald størstedelen heraf, dækket af retshjælpsforsikring tegnet i en række forskellige forsikringsselskaber. Der er givet tilsagn om retshjælpsdækning i overensstemmelse med de forsikringsbetingelser, der er gældende for den enkelte sagsøgte/sikrede.

Klageren har som bilag 1-4 fremlagt forsikringsbetingelser, der er repræsentative for de forsikringsaftaler, der er gældende i nærværende sag.

Som bilag N fremlægges min skrivelse af 15. juni 2016 til [klagerens advokat], hvormed der på forsikringsselskabernes vegne meddeles tilsagn til tvisten. I brevet anførtes bl.a.:

> *'Da der er tale om mere end 5 sikrede personer, er den samlede forsikringsdækning begrænset til det største maksimumbeløb multipliceret med 5, jf. betingelsernes pkt. 8.4.'*

I brevet anførtes endvidere bl.a. følgende:

> *For retshjælpsdækningen gælder i øvrigt de sædvanlige betingelser med de begrænsninger, undtagelser og forholdsregler, der nærmere er angivet heri.'*

Som bilag O fremlægges mail af 14. juli 2016 fra [klagerens advokat], der oplyser, at han ikke er enig i, at der skal ske sammenlægning af sagerne. Det anføres, at der er tale om 8 særskilte sager.

I det følgende fremlægges yderligere en del af parternes korrespondance vedrørende retshjælpsdækningen. For god ordens skyld bemærkes, at parterne har drøftet en række forskellige spørgsmål relateret til retshjælpsdækningen. Den del af korrespondancen, der

på nuværende tidspunkt fremlægges, kan derfor også vedrøre andre emner. Der har endvidere været øvrig korrespondance, der ikke umiddelbart ses at have relevans for ankenævnssagen.

Som bilag P fremlægges min skrivelse af 9. september 2016 til [klagerens advokat] med nærmere oplysninger om de vilkår, der er gældende for de forskellige forsikringsselskaber, der er involveret i sagen. Med skrivelsen fulgte endvidere kopi af de forskellige forsikringsbetingelser.

Som bilag Q fremlægges min skrivelse af 15. september 2016 med yderligere oplysninger om et par af de involverede forsikringer.

Som bilag R fremlægges min skrivelse af 16. september 2016 til [klagerens advokat], der bl.a. angik spørgsmål om de påstande, sagskomplekset vedrører.

Som bilag S fremlægges min skrivelse af 10. november 2016, der bl.a. vedrører de samme spørgsmål.

Som bilag T fremlægges min skrivelse af 15. december 2016 til [klagerens advokat] vedrørende bl.a. principperne for salærberegning, herunder anvendelse af bestemmelsen i forsikringsbetingelsernes pkt. 8.4.

Som bilag U fremlægges [klagerens advokats] mail af 16. november 2016 med svar på spørgsmål stillet i mit brev af 10. november 2016 (bilag S).

Som bilag V fremlægges [klagerens advokats] mail af 21. december 2016 til mig med kommentarer i anledning af mit brev af 15. december 2016 (bilag T). Som det fremgår, bestrider advokaten, at retshjælpsbetingelsernes regel om kumulation/sammenlægning af sager finder anvendelse.

De nu omtvistede principper for salærberegning blev efterfølgende bl.a. behandlet i mit brev af 24. februar 2017 til [klagerens advokat], hvilket brev fremlægges som bilag W.

[Klagerens advokat] meddelte ved mail af 8. marts 2017, at han på sikredes vegne fastholdt, at den pågældende bestemmelse i forsikringsbetingelserne ikke kan finde anvendelse. Denne mail fremlægges som bilag X.

For fuldstændighedens skyld fremlægges tillige som bilag Y mit brev af 31. marts 2017 til [klagerens advokat] vedrørende parternes drøftelser om rette forum for behandling af den opståede tvist.

9. Sagsgenstandens størrelse

Indklagede har bemærket, at [klagerens advokat] i klageskrivelsen har anført, at sagsgenstanden *'... ligger på ca. 90 mio. kr., hvorfor det har betydning, hvilket maksimum der gælder, især hvis der sker anke'*.

I den anledning bemærkes, at indklagede ikke er enig med klagerne i, at en sagsgenstand på 90 mio. kr. kan lægges til grund ved beregning af forsikringsydelsen.

Retspræsidenternes vejledende retningslinjer, som retshjælpsbetingelserne henviser til, finder kun anvendelse, såfremt sagen har en økonomisk værdi, der gør det muligt at anvende de takster, der er indeholdt i retningslinjerne.

I denne sag har sagsøgerne alene nedlagt anerkendelsespåstande i de retssager, der er anlagt mod de sikrede.

I den forbindelse må bl.a. følgende lægges til grund:

- Sagsøgerne har alene betalt retsafgift på 500 kr. svarende til en 'ren' anerkendelsespåstand.
- Når man ser bort fra sagsomkostninger m.v., ses udfaldet af retssagerne ikke at kunne medføre et konkret økonomisk tab for de forsikrede sagsøgte.
- Der foreligger ikke oplysning om, at de sikrede mister en andel af [forsikringsselskab i likvidations] formue.

Klagerne er af den opfattelse, at det afgørende for sagens økonomiske værdi må være det forhold, at sagen for sagsøgerne kan siges at have en økonomisk værdi svarende til [forsikringsselskab i likvidations] formue; uanset at sagerne ikke har nogen økonomisk værdi for de sagsøgte.

Indklagede er ikke enig i dette synspunkt. I relation til de sagsøgte – forsikringstagerne – kan alene spørgsmålet om, hvilken økonomisk værdi sagen har for disse parter (ikke en modpart eller anden part i retssagen), være afgørende, når man i relation til retshjælpsforsikringen skal anvende retspræsidenternes vejledende retningslinjer.

…

ANBRINGENDER

1. Sammenlægning af sager, jf. nugældende betingelsers pkt. 8.4

For nemheds skyld tages i det følgende udgangspunkt i den nugældende formulering af forsikringsbetingelsernes afsnit om maksimumdækning for flere, ens sager, der vil kunne behandles samlet, således som dette vilkår i dag fremgår af standardbetingelsernes pkt. 8.4. Denne formulering fremgår bl.a. af de betingelser, klagerne har fremlagt som bilag 2.

Det gør dog ingen forskel, om den enkelte retshjælpssag behandles efter betingelser med den nugældende version af vilkåret eller den version, der fremgik af de tidligere gældende betingelser. Der er ingen forskel på anvendelsen eller fortolkningen af henholdsvis den nye og den tidligere version af forsikringsvilkåret, jf. i det hele afsnit 2 nedenfor.

…

Det er ubestridt mellem parterne, at såfremt denne bestemmelse finder anvendelse, er den samlede forsikringsdækning begrænset til et beløb svarende til dækningssummen på den forsikring, der har det største maksimumbeløb, multipliceret med 5. Selvrisiko beregnes ud fra den laveste af de anvendte procentsatser, men udgør dog altid mindst det laveste selvrisiko- eller minimumselvrisikobeløb multipliceret med 5.

De indklagede gør gældende, at forsikringsdækningen for det samlede sagskompleks er begrænset i medfør af denne bestemmelse, således at den maksimale dækning ikke kan overstige det højeste maksimumbeløb, der fremgår af de involverede forsikringer, multipliceret med 5.

Klagerne bestrider dette og gør gældende, at der ikke gælder nogen samlet begrænsning for sagskomplekset; men alene en individuel begrænsning for hver enkelt sikret svarende til dækningsmaksimum for den enkelte sikredes egen retshjælpsforsikring.

Til støtte for, at indklagedes synspunkt er korrekt, og at dækningsmaksimum for det samlede sagskompleks derfor er begrænset som skitseret, gør indklagede følgende gældende.

Sammenlægningsreglen i nugældende betingelsers pkt. 8.4 gælder uanset, om der sker egentlig kumulation, eller om sagerne behandles i forbindelse med hinanden i medfør af retsplejelovens § 254. Det afgørende er, om sagerne opfylder retsplejelovens regler om kumulation. Ikke om sådan kumulation rent faktisk er sket.

I den forbindelse kan henvises til *… [bog om retshjælpsforsikring]*, hvor det på side 350 anføres:

'Det afgørende er, om sagerne opfylder RPL's regler for kumulation – ikke om sådan kumulation rent faktisk sker. Dommeren kan således i medfør af RPL § 253 bestemme, at et eller flere krav skal behandles særskilt.

Ankenævnet for Forsikring har udtalt, at såfremt sikrede kunne kumulere flere sager, vil øgede omkostninger ved at undlade sådan kumulation være urimelige og dermed ikke dækket af retshjælpsforsikringen, jf. AK 35.241.'

Det afgørende er således, om betingelserne i retsplejelovens kapitel 23 for kumulation er opfyldt i nærværende sagskompleks. Det vil i henhold til retsplejelovens § 249 sige:

- Der er værneting for alle kravene her i landet.
- Den pågældende ret er værneting for ét af kravene.
- Retten er saglig kompetent med hensyn til ét af kravene.
- Alle kravene kan behandles efter samme processuelle regler.

Efter § 250 er det yderligere en betingelse, at ingen af parterne har indsigelse, eller at kravene har en sådan sammenhæng, at de uanset eventuelle fremsatte indsigelser kan behandles under én sag.

Da alle otte retssager er (1) anlagt af samme sagsøger, (2) i anledning af samme begivenhed og (3) baseret på samme faktum/hændelsesforløb, og (4) sagsøger har nedlagt de samme påstande, og (5) såvel sagsøger som de sagsøgte i alt væsentligt gør de samme anbringender gældende i alle retssagerne, er alle retsplejelovens forudsætninger om kumulation opfyldt.

For fuldstændighedens skyld bemærkes, at omkostningsbesparende hensyn – herunder f.eks. at bevisførelsen vedrørende flere sager samles under ét – ofte anføres som begrundelse for kumulation, og netop sådanne hensyn gør sig jo også gældende i dette sagskompleks.

Dette synes da også at være opfattelsen hos klagernes egen advokat, jf. dennes mail af 23. februar 2016 til Alm. Brand, hvor det er anført, at det forekommer ubegrundet, at Kammeradvokaten ikke har anlagt alle sager under ét.

Denne mail fremlægges som bilag Æ.

Der kan endvidere henvises til retsbogsudskrift af 31. oktober 2016 fra retten i [by], hvori det bl.a. anføres (side 8):

> *'[Klagerens advokat] foreslog, at sagsbehandlingen forenkles på den måde, at forelæggelsen og dokumentationen tog udgangspunkt i den sag, hvor [klageren] er sagsøgt, …, men således, at de bilag, der er fremlagt i hver sag, skal anses for fremlagt i alle sager, og således, at de ekstra bilag, der ikke er fremlagt i …, samles i en pdf-fil i datorækkefølge.*
>
> *Hvis denne fremgangsmåde følges, behøver det samme bilag ikke blive dokumenteret mere end én gang.*
>
> *Forslaget blev tiltrådt af sagsøgerens repræsentanter og retten ...'*

Retsbogsudskriften fremlægges som bilag Ø.

Ud over den ankenævnspraksis, der er omtalt ovenfor, kan tillige henvises til afgørelsen AK 25.954, som er gengivet i [bog om retshjælpsforsikring] på side 351. I sagen var der på tilsvarende vis tale om flere sager, der blev behandlet i forbindelse med hinanden i medfør af retsplejelovens § 254. Man foretog altså en vurdering af, hvorvidt kumulationsbetingelserne var opfyldt ved afgørelsen af, om sammenlægningsreglen skulle finde anvendelse i forbindelse med retshjælpsdækningen.

Som et eksempel fra nyere praksis kan henvises til ankenævnskendelsen AK 69.280 fra 2007. I den sag gjorde forsikringstagerne gældende, at der var tale om 3 særskilte verserende sager ved Voldgiftsnævnet for bygge- og anlægsvirksomhed, hvorfor man ønskede særskilt dækning i hver enkelt sag. Forsikringsselskabet havde afvist at imødekomme kravet med henvisning til, at Voldgiftsnævnet for bygge- og anlægsvirksomhed havde fundet, at de 3 sager var egnet til samtidig behandling i nævnet, da de alle vedrørte spørgsmålet om mangler ved det samme byggeri.

Ankenævnet for Forsikring gav forsikringsselskabet medhold heri. I denne sag blev de omhandlede sager således behandlet i forbindelse med hinanden, dvs. efter principperne i retsplejelovens § 254, og det var uden betydning, at der ikke var sket egentlig kumulation.

[Klagerens advokat] har under sagen påberåbt sig afgørelsen gengivet i U.2015.2217H. I den forbindelse bemærkes, at denne afgørelse vedrører spørgsmålet om, hvorvidt der var kæreadgang eller ej, idet der ikke er kæreadgang for så vidt angår rettens beslutning om at behandle flere sager i forbindelse med hinanden efter retsplejelovens § 254, stk. 1, mens det modsatte er tilfældet for så vidt angår kumulation. Dommen kan derfor ikke bruges som løftestang for, at det afgørende for sammenlægningsreglen i forsikringsbetingelsernes pkt. 8.4 er, hvorvidt kumulation rent faktisk er sket. Tværtimod viser afgørelsen, at såvel landsretten som parternes advokater benytter definitionen 'kumulation' i flæng, herunder også når to sager behandles i forbindelse med hinanden efter § 254.

Som bekendt optræder bestemmelserne om såvel kumulation som sagers behandling i forbindelse med hinanden begge i retsplejelovens kapitel 23, som forsikringsbetingelsernes pkt. 8.4 direkte henviser til.

På denne baggrund er der ikke grundlag for at antage, at sammenlægningsreglen ikke skulle finde anvendelse i nærværende sagskompleks. Det er da netop også bl.a. sådanne sagskomplekser, som det er intentionen, at sammenlægningsreglen skal omfatte. Som anført er denne intention helt i overensstemmelse med gældende praksis.

2. Er der forskel på de nye betingelsers pkt. 8.4 og de gamle betingelsers pkt. 8.3?

Det kan bemærkes, at da sagen blev anmeldt til Alm. Brand i 2015, var de forsikringsbetingelser gældende, der er fremlagt af klagerne som bilag 1.

Da Alm. Brand senere – i sin egenskab af administrerende forsikringsselskab – anmeldte sagskomplekset over for de øvrige forsikringsselskaber i 2016, var de nye forsikringsbetingelser trådt i kraft for øvrige selskabers vedkommende, jf. de af klagerne som bilag 2-4 fremlagte uddrag af forsikringsbetingelserne.

For Alm. Brands, vedkommende er tilsagn om retshjælpsdækning givet i henhold til de tidligere betingelser, der er fremlagt af klagerne som bilag 1.
…
Den forskel, der er på udformningen af henholdsvis de tidligere og de nye forsikringsbetingelser, er alene af sproglig/redaktionel karakter. Der er ikke tilsigtet nogen ændring for så vidt angår det materielle indhold i de pågældende bestemmelser ved overgangen fra den gamle formulering til den nye formulering af standardbetingelserne for privat retshjælpsforsikring.

Det skal bemærkes, at ændringen af forsikringsbetingelserne ikke er foretaget af forsikringsbranchen alene; men er sket i samarbejde med Forbrugerrådet Tænk, Advokatsamfundet og Danske Advokater.

I den forbindelse henvises til Forsikring & Pensions informationsskrivelse af 23. oktober 2015, der fremlægges som bilag Å.

Det fremgår af skrivelsen, at de reviderede forsikringsbetingelser træder i kraft pr. 1. januar 2016. I informationsskrivelsen hedder det endvidere bl.a. (indklagedes understregninger):

> *'Forsikring & Pension har i samarbejde med Forbrugerrådet Tænk, Advokatsamfundet og Danske Advokater revideret fællesvilkårene for den private retshjælpsforsikring. Der er tale om en opdatering af sprog, opstilling og kodificering af gældende praksis. Der er Ikke tiltænkt ændringer i dækningen i forhold til gældende praksis.*
> *…*
> *Det har været formålet med revisionen at gøre vilkårene mere nutidige og lettere at forstå for såvel kunder, selskaber og advokater. Samtidig er der indføjet et par forhold fra praksis, som ikke tidligere er fremgået direkte af den gamle tekst. Herunder bl.a. en definition af søgsmålsgrunden og en beskrivelse af betydningen af offentlig klageadgang.*
>
> *Der er ikke tiltænkt ændringer i den hidtidige dækning, og revisionen er derfor alene of redaktionel karakter. Af samme årsag vil der ikke være krav om, at selskaberne varsler de nye vilkår over for kunderne. Kunderne kan blot ved lejlighed orienteres om revisionen af vilkårene ...'*

Henset til såvel baggrunden for ændringen, den måde ændringen er blevet gennemført på ved drøftelse med forbrugerorganisationer og advokatbranchen samt det sproglige indhold af henholdsvis den ældre version og den nye version af de pågældende forsikringsvilkår, er der intet grundlag for at antage, at det har nogen betydning for anvendelsen af det mellem parterne omtvistede vilkår om maksimumdækning ved kumulerede sager, om henholdsvis den ene eller den anden version af forsikringsbetingelserne finder anvendelse.

Det betyder tillige, at den praksis, der har udviklet sig vedrørende forståelsen af den tidligere version af forsikringsvilkåret, fortsat er gældende for de sager, der skal behandles efter den nye version af forsikringsvilkåret."

Selskabets advokat har i brev af 23/6 2017 til nævnet videre anført:

"I fortsættelse af Indklagedes svarskrift af 30. maj d.å. sender jeg hermed som bilag AA dom afsagt af retten i [by] den 14. juni 2017, som jeg først g.d. har fået tilsendt af klagernes advokat.

I denne dom, der I hvert fald foreløbig afgør den forsikringsdækkede tvist, lægger retten efter en omfattende bevisførelse bl.a. følgende til grund:

- Likvidatorerne har den fornødne søgsmålskompetence.

- Det må lægges til grund, at Finanstilsynet, når retssagen er afgjort, vil ophæve suspensionen af [forsikringsselskab i likvidations] vedtægter, hvorefter der skal afholdes valg til delegeretforsamling og efterfølgende generalforsamling med henblik på at afgøre, hvad der skal ske med selskabet: Skal det likvideres, omdannes eller fortsætte som forsikringsselskab. Derfor har sagsøgerne retlig interesse I at få fastslået, hvem der har stemmeret ved kommende valg.

- Det forhold, at en handling Ikke forfølges strafferetligt, har ikke den afledede konsekvens, at et ulovligt formål dermed bliver civilretligt gyldigt, eller at de sagsøgte på anden måde kan støtte ret på et ulovligt forhold.

- Retten finder det efter bevisførelsen ubetænkeligt at lægge til grund, at de omhandlede tillægsforsikringer Ikke kunne opfylde noget reelt forsikringsbehov for nogen forsikringstagere.

- Retten finder det ligeledes sikkert, at tillægsforsikringerne henset til den tid, der skulle bruges til at tegne, oprette og administrere dem, Ikke var forretningsmæssigt begrundet for selskabet.

- Det findes bl.a. efter de kriminaltekniske undersøgelser bevist, at der blev snydt med stemmeafgivningen til valget den 15. februar 2011. Snyderiet har haft et sådant omfang, at det har haft betydning for udfaldet af, hvem der blev valgt som delegerede.

- Ved den omhandlede fremgangsmåde sikrede de 120 tillægsforsikringer den siddende ledelse flertallet I delegeretforsamlingen, og de øvrige forsikringstagere blev derved frataget deres ret til på demokratisk vis at være med til at bestemme, hvem der skulle være delegerede og bestyrelse i selskabet.

- Under disse omstændigheder finder retten, at sagsøgerne har godtgjort, at tegningen af 120 tillægsforsikringer ikke var sagligt eller på anden måde forretningsmæssigt begrundet I hverken selskabets eller de sagsøgtes forhold, men at tegningen af tillægsforsikringerne alene skete med henblik på at påvirke resultatet af valget til delegeretforsamling for på den måde at bevare kontrollen over selskabets formue.

- Tegningen af de 120 tillægsforsikringer og den efterfølgende beslutning om at træde i likvidation samt udlodde selskabets betydelige formue til en erhvervsdrivende fond, der var oprettet til dette formål, findes åbenbart egnet til at skaffe visse forsikringsmedlemmer eller andre en utilbørlig fordel på bekostning af de øvrige forsikringsmedlemmer, jf. lov om finansiel virksomhed § 111, stk. 1, jf. selskabslovens § 127, stk. 1, 1. pkt. Ledelsens beslutning om at tegne tillægsforsikringerne – og dermed selve tillægsforsikringsaftalerne – er derfor ugyldige.

På denne baggrund giver retten sagsøgerne medhold I den principale påstand, og samtlige sagsøgte dømmes til at anerkende, at den indgåede (tillægs)forsikringsaftale er ugyldig.

---oo0oo---

Af særlig interesse for den tvist vedrørende princippерne for beregning af forsikringsydelse i henhold til retshjælpsforsikringen, der verserer ved Ankenævnet for Forsikring, er følgende del af rettens præmisser vedrørende sagsomkostninger:

'Retten har ved fastsættelsen af sagsomkostningerne lagt vægt på, at sagen kunne have været anlagt som én sag.'

Denne præmis, der findes I dommen på side 139, støtter indklagedes standpunkt under ankenævnssagen."

Af brev af 27/6 2017 fra klagerens advokat til nævnet fremgår det blandt andet:

"1. Sagen drejer sig alene om rette forståelse af undtagelsesbestemmelsen om kumulation, jf. de nedlagte påstande i mit indlæg af 6. april 2017.
2. Sagen drejer sig således ikke om størrelsen af omkostningerne.
3. Sagens forhistorie er i egentligste forstand uden betydning for tvisten, som er af ren juridisk karakter.
   Indklagedes gengivelse af faktum er unøjagtig og tendentiøs. Det fremgår tydeligt, at indklagede ikke kunne overskue sagen.
   Som sagt er det uden betydning og som følge heraf vil jeg ikke kommentere indklagedes fejlagtige gengivelser.
4. Som det fremgår af min sagsfremstilling har jeg repræsenteret 51 klienter, som alle havde retshjælpsforsikringsdækning. To af disse ønskede ved opstart af sagsanlæg at tage bekræftende til genmæle. Der har således også været udført arbejde for de pågældende.
5. Sagens tvistepunkt er kommenteret af [selskabernes advokat]. Jeg henholder mig til mine tidligere bemærkninger og har alene nogle få tilføjelser. Forsikringsselskaberne udarbejder forsikringsbetingelserne. Forsikringsselskaberne må betragtes som absolut sagkyndige til udarbejdelse af en sådan juridisk tekst.
   Forsikringsselskaberne er altså koncipister. Fortolkningstvivl falder ud til koncipistens ulempe.

Forsikringsselskaberne skriver entydigt, at kumulerede sager og gruppesøgsmål – hhv. Rpl. § 250 og kap. 23a – er omfattet af en særregel for så vidt angår beregning af retshjælpsdækningen.

Bestemmelsen i Rpl. § 254 er ikke omtalt og kan ikke indfortolkes i teksten.
Sambehandling efter § 254 er som bekendt rettens afgørelse og en sådan afgørelse kan ikke indbringes for højere ret.
Retten i [by] har truffet den bestemmelse i nærværende sag og som følge heraf kan byretten ikke træffe bestemmelse, hverken om kumulation efter § 250 eller gruppesøgsmål efter kap. 23a.
Supplerende skal bemærkes, at to af sagerne oprindelig blev anlagt ved Retten i [anden by].
Det bemærkes i øvrigt, at sagerne blev anlagt over en periode på ca. 4 mdr. fra august til december 2015.
Forsikringsbetingelserne anføres – så vidt vides enslydende – med følgende indledning: 'Fører flere sikrede ..... sager.....'.
I udtrykket ligger som udgangspunkt, at de sikrede er at betragte som sagsøgere. Derfor fremhæves, at mine klienter ingen indflydelse har haft på valget fra sagsøgers side om anlæggelse af i alt 8 retssager. 2 af dem er dog givet, i og med at der er tale om et andet værneting.
Samlet er det således min opfattelse, at man må tage udgangspunkt i den faktiske situation, at der uden kæreadgang fra rettens side er taget stilling til sambehandling efter § 254, hvilket udelukker alt muligt andet. § 254 er ikke omfattet af særbestemmelsen, hvorfor de almindelige forsikringsvilkår er gældende.
At [selskabernes advokat] er forfatter til en bog om retshjælpsforsikring, i hvilken tilsyneladende indgår et andet synspunkt, kan ikke føre til noget andet resultat. Der ses ikke i bogen behandlet netop diskussionen om, at retten har truffet afgørelse om, at der ikke skal foretages kumulation, men sambehandling.

Efter diktering af ovennævnte har jeg modtaget [selskabernes advokats] indlæg af 23. juni, hvori der fremlægges byrettens dom af 14. juni 2017.

[Selskabernes advokat] har – ikke overraskende – citeret rettens begrundelse vedrørende fastsættelse af sagsomkostninger, idet retten anfører, at der er lagt vægt, at sagen (hvilket så burde have været: sagerne) kunne være anlagt som én sag.

Det skal hertil bemærkes, at det ikke er det eneste sted i dommen, hvor byretten anfører egne synspunkter, som parterne ikke har beskæftiget sig med.

Det afgørende er imidlertid, at sætningen sprogligt set er det, man kalder en konjunktiv, altså udtryk for noget som det kunne have været, men ikke er. Det afgørende i forbindelse med nærværende sag er jo netop, at der er foranstaltet sambehandling efter Rpl. § 254, hvilket i sig selv udelukker kumulation. Retten viser med sætningen at være fuldstændig bevidst om, at der ikke er sket kumulation."

Selskabets advokat har i brev af 29/6 2017 til nævnet blandt andet bemærket:

"2. Anvendelse af den såkaldte 'koncipistregel' ved fortolkning af forsikringsaftaler forudsætter, at der er en betydelig og begrundet tvivl om den rette forståelse af det pågældende vilkår i forsikringsaftalen. Dette er ikke tilfældet i denne sag.

For fuldstændighedens skyld bemærkes, at koncipistreglen ikke – eller kun ganske sjældent – finder anvendelse i tilfælde som det foreliggende, hvor udfærdigelsen af forsikringsaftalens tekst har været genstand for nærmere drøftelser mellem forsikringsselskabet og forsikringstagerne eller repræsentanter for disse. Som nævnt i svarskriftet (side 17) er ændringen af de nugældende betingelser for retshjælpsforsikringen ikke foretaget af forsikringsbranchen alene; men er sket i samarbejde med Forbrugerrådet Tænk, Advokatsamfundet og Danske Advokater.

3. I den nu foreliggende dom har retten i [by] lagt til grund, at sagerne har haft en økonomisk værdi på ikke over 50.000 kr. Den af klageren opgjorte sagsgenstand på 90 mio. kr. kan derfor nu – også af den grund – tilsidesættes, jf. tillige indklagedes bemærkninger i svarskriftet side 11.

4. Det fastholdes, at forudsætningerne for at anvende sammenlægningsreglen i forsikringsbetingelsernes pkt. 8.4 (tidligere 8.3) er opfyldt.

Denne sag er behandlet helt i overensstemmelse med fast praksis, hvor der lægges vægt på, om de fire betingelser for kumulation er opfyldt. Derimod lægges der ikke – og skal ikke lægges – vægt på, om retten konkret har taget stilling til et spørgsmål om kumulation, eller om der samtidig er sket sammenlægning efter retsplejelovens § 254.

I nærværende sag er retten slet ikke blevet bedt om at træffe afgørelse om kumulation. Det betyder, at retten ikke har taget stilling til, om der er grundlag for kumulation.

Herefter og sammenholdt med, at kumulationsreglerne i retsplejelovens §§ 249 og 251 ikke er bestemmelser, som retten ex officio skal påse, vil det således være tilfældigt, om en sag formelt er kumuleret eller ej. Ganske som det er tilfældet i nærværende sagskompleks.

Forsikringsselskaberne skal ved vurderingen af, om sammenlægningsreglen skal finde anvendelse, forholde sig til, hvorvidt betingelserne for kumulation er opfyldt eller ej. Derimod er der ikke afgørende, om kumulation konkret har fundet sted.

I denne sag kan det lægges til grund, at kumulationsbetingelserne er opfyldt, jf. herved svarskriftet side 14:

- Der er værneting for alle kravene her i landet.
- Den pågældende ret er værneting for ét af kravene.
- Retten er saglig kompetent med hensyn til ét af kravene.
- Alle kravene kan behandles efter samme processuelle regler.

Efter § 250 er det yderligere en betingelse, at ingen af parterne har indsigelser, eller at kravene har en sådan sammenhæng, at de uanset eventuelle fremsatte indsigelser kan behandles under én sag. Denne bestemmelse har ikke relevans i nærværende sag; men for fuldstændighedens skyld bemærkes, at retten rent faktisk har udtalt, at 'sagen kunne have været anlagt som én sag'."

17. 90760

Klagerens advokat har i mail af 30/6 2017 til nævnet blandt andet anført:

> "Ad pkt. 1. Det fastholdes, at [selskabernes advokats] tidligere indlæg var overflødigt, tendentiøst og fejlbehæftet.
>
> Ad pkt. 2 og 4. Dette er sagens kerne. Som parterne gentagne gange har anført, findes der tre forskellige behandlingsmåder for så vidt angår sager med flere parter, enten som sagsøgere eller sagsøgte. Kumulation og gruppesøgsmål er direkte omtalt i forsikringsbetingelserne.
>
> Det er derimod ikke tilfældet for så vidt angår sambehandling i henhold til Rpl. § 254.
>
> Det er ingen tilfældighed. Sambehandling omfatter forskelligartede retssager og der kan være betydelige forskelle i de enkelte juridiske relationer. Derfor kan man ikke sætte Rpl. § 254 ind i en bestemt formel.
>
> I nærværende sag var der eksempelvis stævninger på 40 sider, senere omkring 100 sider og senere igen omkring 130 sider. Det er jo nødvendigt at gennemgå alle stævningerne og tage stilling til disse ved udarbejdelse af egne processkrifter. Sambehandlede sager efter Rpl. § 254 kan ikke sættes i bås på samme måde som kumulerede sager efter Rpl. § 250 og gruppesøgsmål efter Rpl. kap. 23a.
>
> Der kunne i forsikringsbetingelserne være angivet en særbestemmelse for så vidt angår sambehandlede sager – det havde der givetvis været rimelighed i. Det er imidlertid ikke tilfældet.
>
> En udvidende fortolkning kan ikke komme på tale.
>
> Jeg noterer mig, at min kollega og jeg er enige om det meget grundige forarbejde, der har været, inden retshjælpsforsikringsbetingelsernes udarbejdelse.
>
> Ad 3. Sagens økonomiske størrelse – hvor om der fortsat er uenighed – har ingen betydning for den tvist, der er indbragt for Ankenævnet for Forsikring."

Klagerens advokat har i mail af 10/8 2017 til nævnet blandt andet bemærket, at de enkelte retssager er anlagt på forskellige tidspunkter og ved forskellige byretter i perioden fra august 2015 til januar 2016.

Af brev af 17/8 2017 fra selskabets advokat til nævnet fremgår det blandt andet:

> "Hverken spørgsmålet om, hvornår de enkelte retssager i sin tid er anlagt, eller spørgsmålet om, ved hvilken byret de enkelte retssager blev anlagt i henhold til værnetingsreglerne, har nogen relevans for det foreliggende forsikringsspørgsmål.
>
> Afgørende er alene, at sagerne efter rettens beslutning er blevet behandlet sammen i medfør af retsplejelovens § 254.
>
> Retten har dermed fundet, at sagerne opfylder betingelserne i retsplejelovens kapitel 23, og allerede af den grund er sagskomplekset omfattet af bestemmelsen om dækningsmaksimum i forsikringsbetingelsernes pkt. 8.4.

For fuldstændigheds skyld bemærkes, at retten ikke har fundet, at det tidspunkt, hvor den enkelte retssag blev anlagt, eller det værneting, hvor stævning i første omgang blev udtaget, var til hinder for anvendelse af reglerne i retsplejelovens kapitel 23."

I betingelserne for retshjælpsforsikring gældende forud for januar 2016 hedder det blandt andet:

"**8.3**.
Fører flere sikrede i samme eller flere selskaber sager, som har fælles oprindelse og opfylder betingelserne i retsplejelovens kapitel 23 for kumulation, gælder bestemmelserne om maksimumdækning og om selvrisiko for hver enkelt af de sikrede, se dog § 8.5.
For sikrede deltagere i gruppesøgsmålet, hvor tilmeldingsmodellen anvende, gælder samme regler som for kumulerede sager.

8.4.
Har tvistens afgørelse virkning for andre end de implicerede sikrede parter, fordeles omkostningerne på alle retligt interesserede, se i øvrigt § 8.5.

8.5.
Er antallet af sikrede i de i § 8.3 og § 8.4 nævnte tilfælde mere end fem, begrænses den samlede erstatning til et beløb svarende til det største maksimumbeløb ganget med 5. Selvrisiko beregnes ud fra den laveste af eventuelt anvendte procentsatser, men udgør dog altid mindst det laveste selvrisiko- eller minimums selvrisikobeløb ganget med 5.

Hvis sagen appelleres, gælder den i første punktum fastsatte maksimumdækning for den samlede behandling. Omkostningerne erstattes særskilt for hver instans med fradrag af selvrisiko, herunder minimums selvrisiko, for hver instans.

Omkostningerne fordeles på alle retligt interesserede, se § 8.4. Erstatning og selvrisiko fordeles ligeligt blandt de sikrede. Disse regler gælder også for tvister, som sluttes udenretligt og for tvister, der behandles i udlandet.

8.6.
En tvist hvor flere der er sikret ved samme police, står på samme side, betragtes som en forsikringsbegivenhed. Det samme gælder en tvist mellem sikrede og flere modparter, hvis påstande støttes på væsentligt samme faktiske kendsgerninger."

I betingelserne for retshjælpsforsikring gældende fra januar 2016 hedder det blandt andet:

"8.4 Kumulerede sager
Fører flere sikrede – i samme eller flere selskaber – sager, som har fælles oprindelse og opfylder betingelserne i retsplejelovens kapitel 23 om kumulation, sker fastsættelse og fordeling af erstatning, selvrisiko og dækningssum efter nedenstående regler.

Samme regler gælder ved gruppesøgsmål, hvor tilmeldingsmodellen anvendes, jf. retsplejelovens kapitel 23a.

a) Hvis antallet af sikrede er 2-5

Den aktuelle forsikrings bestemmelser om dækningssum og selvrisiko gælder for hver enkelt af de sikrede.

Omkostningerne fordeles pa alle retligt interesserede – se punkt 9.

b) Hvis antallet af sikrede er mere end 5

Den samlede erstatning er begrænset til et beløb svarende til dækningssummen på den forsikring med det største maksimumbeløb ganget med 5.

Selvrisiko beregnes ud fra den laveste af eventuelt anvendte procentsatser, men udgør dog altid mindst det laveste selvrisiko- eller minimumselvrisikobeløb ganget med 5.

Omkostningerne fordeles på alle retligt interesserede – se punkt 9.

Erstatning og selvrisiko fordeles ligeligt blandt de sikrede. Disse regler gælder også for tvister, som sluttes udenretligt, og for tvister, der behandles i udlandet."

Nævnet udtaler:

Klageren er en af ca. 50 sagsøgte i 9 sager, der vedrører gyldigheden af tegnede forsikringer. Sagsøger er et forsikringsselskab under likvidation, der har gjort gældende, at der er udstedt 120 forsikringspolicer på tillægsforsikringer til de sagsøgte, og at disse forsikringer ikke har opfyldt et egentligt forsikringsbehov og må anses for at være proforma. Ifølge sagsøger har formålet med tegningen af tillægsforsikringerne været, at de nye forsikringstagere fik adgang til at udøve medlemsindflydelse i forbindelse med et valg til en delegeretforsamling.

Påstandene fra sagsøgeren i sagerne er, at de enkelte sagsøgte skal anerkende, at de indgåede forsikringsaftaler er ugyldige, og at der ikke er opnået medlemsrettigheder.

Det fremgår af sagen, at klagerens advokat har repræsenteret de sagsøgte i 8 af de 9 sager. Klageren ønsker, at selskabet skal anerkende, at forsikringsbetingelsernes bestemmelse vedrørende kumulerede sager ikke finder anvendelse, således at der for alle 8 sager kun er ét samlet dækningsmaksimum. Klageren har anført, at maksimumdækningen for de 8 sager skal være 36 gange det højeste dækningsmaksimum beregnet ud fra 7 sager med 5 x dækningsmaksimum og 1 sag med ét dækningsmaksimum.

20. 90760

Klageren har henvist til, at betingelserne i retsplejelovens kap. 23 om kumulation ikke er opfyldt. Der er henvist til, at kumulationsbestemmelsen findes i retsplejelovens § 250, og at der i denne indgår en juridisk prøvelse for så vidt angår stk. 1, nr. 5. Det er i denne forbindelse anført, at hvis den ene part gør indsigelse, skal det overlades til en judiciel afgørelse, og at en sådan ikke foreligger. Det er anført, at det ikke er op til selskaberne at afgøre, om betingelserne for kumulation er opfyldt eller ej.

Klageren har også henvist til, at retten tillod en fælles behandling i henhold til retsplejelovens § 254, og at kumulation derfor ikke fandt sted. Det er bemærket, at forsikringsbetingelserne alene henviser til retsplejelovens kap. 23 om kumulation og ikke til reglerne om samlet behandling, jf. retsplejelovens § 254.

Selskabet har anført, at retshjælpsforsikringens bestemmelse om kumulerede sager, jf. punkt 8.4 i forsikringsbetingelserne efter fra januar 2016 og punkt 8.3 i forsikringsbetingelserne i forsikringsbetingelserne før januar 2016 gælder, uanset om der rent faktisk sker kumulation. Selskabet har anført, at bestemmelserne må forstås således, at det afgørende er, om retsplejelovens betingelser for kumulation er opfyldt. Selskabet har videre anført, at i den konkrete sag er betingelserne for kumulation opfyldt. Selskabet har henvist til, at klagerens advokat selv har udtrykt undren over, at sagen ikke er anlagt under ét af sagsøgeren. Selskabet har også henvist til, at det i dommen er bemærket, at sagen kunne være anlagt som én.

Af forsikringsbetingelserne gældende fra januar 2016 fremgår det blandt andet, at "Fører flere sikrede – i samme eller flere selskaber – sager, som har fælles oprindelse og opfylder betingelserne i retsplejelovens kapitel 23 om kumulation, sker fastsættelse og fordeling af erstatning, selvrisiko og dækningssum efter nedenstående regler. … b) Hvis antallet af sikrede er mere end 5. Den samlede erstatning er begrænset til et beløb svarende til dækningssummen på den forsikring med det største dækningsmaksimum ganget med 5".

En tilsvarende bestemmelse fremgår af de tidligere gældende forsikringsbetingelser, og nævnet lægger til grund, at der ikke har været tiltænkt en realitetsændring af indholdet fra de gamle til de nye betingelser.

Nævnet finder efter en gennemgang af sagen, at forsikringsbetingelserne, som de er formuleret, må forstås således, at det afgørende – for om der skal ske en begrænsning af maksimumsdækningen i henhold til de nugældende forsikringsbetingelsers punkt 8.4 – er, om betingelserne for kumulation er opfyldt. Nævnet finder ikke grundlag for at fastslå, at det er et krav for anvendelsen af bestemmelsen, at kumulation rent faktisk er sket.

Nævnet finder efter en gennemgang af sagen, at betingelserne for kumulation i henhold til retsplejelovens § 250 er opfyldt. Nævnet bemærker, at der er værneting for alle kravene her i landet, at retten er værneting for ét af kravene, at retten er saglig kompetent, og at kravene kan behandles efter samme processuelle regler. Nævnet finder i relation til retsplejelovens § 250, stk. 1, nr. 5, at både sagsøgers og de sagsøgtes påstande og anbringender er af samme indhold og har en sådan sammenhæng, at de burde behandles under en sag. Nævnet finder, at dette må anses for bekræftet ved, at det er besluttet at sagerne sambehandles i henhold til retsplejelovens § 254, og at det i dommen er bemærket, at sagen kunne være anlagt som én sag.

Nævnet finder som følge heraf ikke grundlag for at kritisere selskabets afgørelse.

Det som klageren har anført vedrørende koncipistreglen, og at fortolkningstvivl skal falde ud til forbrugeres fordel, kan ikke føre til andet resultat.

22. 90760

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Mette Eisenhardt