Ankenævnet for Forsikring

Den 21. februar 2018 blev i sag nr. 90898:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Privatsikring
Gl. Kongevej 60
1790 København V

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har familieforsikring, husforsikring, ulykkesforsikring og bilforsikringer i Privatsikring. Han klager ved sin advokat over selskabets præmieforhøjelser, og hans krav er, at præmieforhøjelserne annulleres med henvisning til, at selskabet har tilsidesat god skik, jævnfør lov om finansiel virksomhed § 43, ved ikke at have rådgivet ham om, at anmeldelse af skader kunne få indflydelse på den fremtidige præmie.

Selskabet har afvist at annullere præmieforhøjelserne. Selskabet har anført, at præmieforhøjelserne er varslet i overensstemmelse med opsigelsesvarslet i forsikringsbetingelserne, og at selskabet – som det mindre i det mere – kan ændre forsikringsaftalen med samme varsel. Selskabet bestrider at have haft en pligt til at rådgive klageren om, at mange skadeanmeldelser kunne få konsekvenser for hans forsikringsforhold.

I klagen af 23/5 2017 til nævnet har klagerens advokat bl.a. anført:

> "Som advokat for [klageren] skal jeg herved indgive klage til Ankenævnet for Forsikring (Nævnet) over den af forsikringsselskabet Privatsikring A/S (PS) den 15. november 2016 trufne afgørelse om forhøjelse af min klients forsikringspræmier.
>
> Den nævnte afgørelse fremlægges som **bilag 1**. Der er i afgørelsen henvist til, hvilke forsikringer præmieforhøjelsen angår, og hvilke forhøjelser af præmien, der er tale om i relation til de enkelte forsikringer.
> …

SAGSFREMSTILLING:

I foråret 2014 havde min klient tilsvarende forsikringer og dækninger i forsikringsselskabet [andet forsikringsselskab] som nævnt i **bilag 1** og var godt tilfreds med dette forløb, havde anmeldt 5 skader og også fået udbetaling i forbindelse hermed, uden at dette havde medført ændringer i dækning og/eller præmier.

Uopfordret fik min klient en henvendelse fra PS der førte til, at min klient fik besøg af en assurandør fra PS, som tilbød min klient tilsvarende forsikringer i PS, men til en væsentlig lavere præmie, hvorefter min klient opsagde forsikringerne i [andet forsikringsselskab] og skiftede til PS.

I forbindelse med, at PS den 15. november 2016, **jf. bilag 1**, varslede forhøjelser af præmierne skete det med to begrundelser: Dels havde PS generelt haft et uforudset skadesforløb med udbetaling af større erstatninger end beregnet, dels gjorde PS gældende, at det af min klient individuelt realiserede skadesforløb ('på baggrund af din skadeshistorik') samlet var årsagen til forhøjelsen af præmierne.

Som det fremgår af **bilag 1** var den samlede præmie før forhøjelsen årligt 26.334 kr., forhøjelsen var samlet på årligt 20.871 kr., således at den samlede årlige præmie med virkning fra 1. januar 2017 beløb sig til 47.195 kr.

I den anledning opsagde min klient forsikringerne hos PS og forsøgte at gentegne hos [andet forsikringsselskab], men dette selskab nægtede at tegne på baggrund af den skadeshistorik min klient havde haft inden skiftet – men altså uden at dette inden min klients skift til PS havde givet [andet forsikringsselskab] anledning til at varsle en forhøjelse af præmierne.

Min klient henvendte sig igen til PS og forsøgte at gentegne til samme dækning og til samme præmie som før 15. november 2016, men forhandlingerne endte med, at min klient måtte acceptere den i **bilag 1** varslede forhøjelse af præmierne, og efterfølgende har konstateret, at der for visse af forsikringerne ved gentegningen er sket en forringelse af dækningerne på nogle af kaskodækningerne – et forhold, som endnu ikke er fuldt ud afklaret.

…

ANBRINGENDER:

Der henvises i det hele til de anbringender, der fremgår af den som **bilag 4** fremlagte skrivelse af 14. februar 2017 fra undertegnede til den klageansvarlige for PS.

<u>Hovedsynspunkterne er:</u>

At PS i forhold til [klageren] i medfør af lov om finansiel virksomhed § 43 er undergivet en rådgivningsforpligtelse såvel ved forsikringsaftalernes indgåelse som i selve forsikringstiden med henblik på at rådgive forsikringstager om rammerne for risikoen for forhøjelser af præmier/opsigelse af forsikringsforholdet ved forsikringstagerens anmeldelser af skader eller henvendelser angående samme emne.

At [klageren] hverken i forbindelse med forsikringernes tegning eller senere har fået hverken en generel eller konkret rådgivning om, hvornår antallet af henvendelser om eller anmeldelse af skader i det konkrete forsikringsforløb ville betyde forhøjelser af præmien, eller ville indebære en nærliggende risiko for en forhøjelse af præmien.

At PS ved afgørelsen af 15. november 2017, **jf. bilag 1**, vedrørende opgørelse af skadeshistorik dels har medtaget skader, der ikke med rette kan indgå i denne historik, herunder vejhjælp, dels har medtaget henvendelser fra [klageren] vedrørende forespørgsler, der ikke har ført til udbetalinger af erstatning.

At PS i realiteten har forhøjet præmierne på grund af fejlagtige aktuarberegninger, der generelt har vist en risikoprofil, der senere viste sig ikke stemte overens med indgåede præmieindtægter (hvilket erkendes af PS i den første af de to nævnte begrundelser for præmieforhøjelsen, **jf. bilag 1**), og at sådanne følger af forkerte aktuarberegninger skal dækkes af PS selv, og kan ikke belastes [klageren] (eller andre forsikringstagere i PS) ved en forhøjelse af præmierne, herunder også fordi (anden del af begrundelsen: min klients historik) det må lægges til grund, at skadeshistorikken er beregnet forkert, at de anmeldte skader og udbetalingerne i relation hertil er ægte (ikke udtryk for svig) og PS ikke har givet den lovpligtige rådgivning til [klageren] hverken før eller i øvrigt i forsikringstiden, når det var relevant – i forhold til at forhindre præmieforhøjelser.

At følgerne af den manglende rådgivning har været, at min klient blev forhindret i at agere på en i henseende til at undgå præmieforhøjelser relevant måde.

At den manglende rådgivning i relation til det faktuelle skadesforløb er den direkte årsag til, at min klient er blevet påført den årlige præmieforhøjelse for 2017 på kr. 20.871,-.

At afgørelsen om at pålægge min klient denne forhøjelse som anført er retsstridig på grund af den manglende rådgivning.

At min klient er berettiget til at kræve dette beløb tilbagebetalt og berettiget til at kræve samme dækning på sine forsikringer som før forhøjelsen, hvorved bemærkes, at den manglende opfyldelse af min klients provokationer fortsat gør det uklart for min klient, hvilke indskrænkninger PS har foretaget i de før præmieforhøjelsen gældende dækninger.

PROVOKATIONER:

PS opfordres til for Ankenævnet at fremlægge den korrespondance, der kronologisk viser kommunikationsforløbet fra forsikringernes tegning og til 15. november 2016 i relation til alle henvendelser fra min klient til PS og omvendt, herunder ikke kun egentlige skadesanmeldelser, men også forespørgsler m.v., der ikke førte til egentlige udbetalinger.

PS opfordres til at dokumentere de for forsikringerne gældende forsikringsbetingelser fra forsikringernes tegning og indtil den 15. november 2016, samt dokumentere eventuelle ændringer i dækningerne frem til d.d., herunder oplyse, om der efter den 15. november 2016 er sket ændringer i blandt andet kaskodækningerne på de tegnede forsikringer og i bekræftende fald oplyse hvilke.

PS opfordres til at fremlægge regnskaber for årene 2014, 2015 og 2016, alt til dokumentation for, at PS har haft negativ balance mellem præmieindbetalinger og skadesudbetalinger på tilsvarende forsikringer som tegnet af min klient.

PÅSTANDE:

Det ovenfor anførte fører til, at min klient for Ankenævnet nedlægger følgende påstande:

Påstand 1:
PS skal betale min klient 20.871,00 kr. med rente svarende til procesrente fra 1. januar 2017 og indtil betaling sker.

Påstand 2:

PS skal anerkende, at PS i perioden fra forsikringernes tegning og indtil den 15. november 2016 ikke gav [klageren] den rådgivning PS var forpligtet til at give [klageren] i perioden, eller i en del af perioden, i relation til betydningen af det konkrete skadesforløb for fremtidige præmieforhøjelser.

Påstand 3:

PS skal anerkende, at [klageren] i relation til alle forsikringer er berettiget til fuld dækning for samtlige skader, der er indtrådt eller indtræder i forsikringstiden fra 1. januar 2017 og indtil 1. januar 2018 i overensstemmelse med det dækningsomfang og det præmieniveau, der var aftalt mellem parterne forud for den 15. november 2016.

AFSLUTTENDE BEMÆRKNINGER:

Såfremt min klient måtte få helt eller delvist medhold forbeholdes det at rejse yderligere krav mod PS, såfremt min klient i det fremtidige forløb som følge af den manglende rådgivning de facto er forhindret i at få tilsvarende dækninger til nogenlunde samme præmie som før 15. november 2016 i andre selskaber.

Det bemærkes i den forbindelse, at min klient i perioden fra det endelige afslag fra PS den 21. april 2017 og indtil dato ved henvendelse til andre selskaber har fået afslag på begæringer om tilsvarende forsikringer på nogenlunde samme præmievilkår som før 15. november 2016, og at begrundelsen i alle tilfælde har været den af PS beregnede skadeshistorik.

Min klient er p.t. i den situation, at han – såfremt min klient ikke helt eller delvist får medhold i denne sag – i en periode på minimum 3 år kun kan få tegnet lovpligtige forsikringer, og det til præmier, der typisk er dobbelt så dyre henset til nævnte skadeshistorik."

Af brev af 14/2 2017 fra klagerens advokat til selskabets klageansvarlige, som er vedlagt klagen til nævnet, fremgår bl.a.:

"Jeg er enig i, at forsikringsbetingelserne hjemler en ret til ændring af de aftalte forsikringsbetingelser, såvel i henseende til dækning, som i henseende til præmier.

Problemet i denne sag vedrører derfor ikke den indgåede aftale på dette punkt, men derimod den rådgivning og vejledning, som min klient burde have fået, men som han ikke fik, hverken i forbindelse med den indgåede forsikringsaftale, eller i det skadesforløb, som vedrører perioden juni 2014 til oktober 2016 med 24 anmeldte skader.

Min klient bestrider ikke at skadesforløbet har været, som du har gengivet det i din mail af 31. januar 2017 til min klient, men jeg finder, at forløbet er problematisk for Codan i relation til Codans rådgivnings- og vejledningsforpligtelse både på tidspunktet for forsikringsaftalens indgåelse og vel navnlig i selve skadesforløbet.

Jeg går ud fra, at du er enig i, at § 43 i lov om finansiel virksom med tilhørende bekendtgørelse og vejledning hertil, samt Finanstilsynets vejledning af 1. oktober 2004 om forsikringsselskabers orientering til forsikringstager i forbindelse med autoskade, indeholder de regler, der vedrører Codans forpligtelser til rådgivning og vejledning såvel ved selve forsikringsaftalens indgåelse som under det skadesforløb, der er realiseret i forsikringstiden.

I bekendtgørelse 2016-04-07 nr. 330 om god skik for finansielle virksomheder, kapitel 4 om rådgivning, fremgår følgende af § 8 stk. 1 og stk. 2

'Ved rådgivning forstås anbefalinger, vejledninger, herunder oplysninger om risici forbundet med en disposition, og oplysninger om umiddelbare konsekvenser af kundens valgmuligheder.

En finansiel virksomhed skal yde rådgivning, hvis kunden anmoder herom, jf. dog § 2. Endvidere skal virksomheden af egen drift yde rådgivning, jf. dog stk. 5, hvor omstændighederne tilsiger, at der er behov herfor.'

Det fremgår af § 8 stk. 3:

'Rådgivningen skal tilgodese kundens interesser og give kunden et godt grundlag for at træffe sin beslutning. Rådgivningen skal være relevant, retvisende og fyldestgørende. Den finansielle virksomhed skal orientere om de risici, der er relevante for kunden.'

Det gøres gældende, at Codan – af egen drift og ikke kun efter anmodning fra min klient – allerede ved forsikringsaftalens indgåelse skulle have rådgivet konkret om, hvilken betydning antallet og karakteren af anmeldte skader kunne/ville få for den fremtidige præmie, og denne rådgivning ses Codan ikke at have givet min klient, hverken i forbindelse med forsikringens tegning eller i forbindelse med selve skadesforløbet.

Derved har min klient ikke haft mulighed for at afveje de økonomiske risici ved anmeldelse af en skade, fordi min klient ikke har været klar over, hvilke parametre Codan tillagde vægt ved afvejningen af den risiko, der kunne give anledning til nedsat dækning og/eller forhøjet præmie.

Den manglende rådgivning har endvidere medført, at min klient på intet tidspunkt i skadesforløbet fik nogen advarsel/rådgivning om, hvornår 'bægeret var fuldt' i henseende til, at nye anmeldelser af skader ville betyde en nedsat dækning eller forhøjelse af præmien.

Derved har Codan undladt at orientere om de risici, der altid vil være relevante for en forsikringskunde i denne sammenhæng, såvel når forsikringen tegnes som under selve skadesforløbet, og dette er en klar overtrædelse af bekendtgørelsen § 8 stk. 3, jf. stk. 1 og 2.

De nævnte bestemmelser i lov om finansiel virksomhed, bekendtgørelsen og vejledningen suppleres for autoskaders vedkommende af Finanstilsynets vejledning af 1-10-2004, hvori følgende anføres:

I de tilfælde, hvor en anmeldt autoskade har konsekvenser for fremtidige præmier, skal forsikringsselskabet som minimum give forsikringstageren oplysning om:

1. Størrelsen af de belastede skadesudgifter.
2. Den konkrete skades virkninger på de fremtidige præmier
3. De nødvendige forudsætninger, som de i punkt 2. nævnte oplysninger hviler på

4. Forbehold for kommende prisreguleringer af præmier.

Det fremgår af vejledningen, at formålet med bestemmelserne er at opfylde reglerne om redelig forretningsskik jf. lov om finansiel virksomhed 5 43 stk. 1 med henblik på at forbedre forsikringstagernes muligheder for at bedømme de økonomiske konsekvenser af autoskade.

Jeg gør gældende, at Codan ikke kun har en rådgivningsforpligtelse i henhold til sidstnævnte vejledning fra Finanstilsynet, men at de heri indeholdte specialregler er gældende i relation til enhver af de øvrige skader min klient har anmeldt i forsikringstiden, jf. det senere regelsæt fra 2015, herunder bekendtgørelsen om god skik, og vejledningen om god skik, jf. vejledning nr. 9343 af 20/02/2015, der blot er en kodifikation af den praksis, der har udviklet sig siden Finanstilsynets stadigt gældende vejledning fra oktober 2004.

Jeg kan forstå på de svar du har givet min klient, at Codan ikke har givet min klient nogen som helst rådgivning af den art, jeg gør gældende burde være givet min klient såvel ved forsikringsaftalens indgåelse, som under skadesforløbet."

Selskabet har i brev af 1/8 2017 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"**Sagens faktiske omstændigheder**

Forsikringstager tegnede i 2014 familieforsikring, husforsikring, tre motorkøretøjsforsikringer samt ulykkesforsikring for familiens [antal] medlemmer i Privatsikring. Han havde forinden været forsikret i [andet forsikringsselskab].

I forbindelse med tegningen i Privatsikring besvarede han en række spørgsmål, herunder et spørgsmål om antal skader de sidste tre år på alle forsikringer i husstanden. Hertil svarede forsikringstager 0 skader.

Forsikringerne trådte i kraft den 1. april henholdsvis 14. april 2014. Alle forsikringerne er tegnet med hovedforfald den 1. januar.

Forsikringstagers husstand anmeldte herefter i perioden fra april 2014 til november 2016 (2,5 år) 21 skader, heraf 18 der har medført erstatningsudbetaling på nuværende tidspunkt. Der er tale om følgende:

<u>Familieforsikringen:</u>
8 anmeldte skader, heraf 7 med erstatningsudbetaling:

1) 19. august 2014: brilleskade: erstatningsudbetaling på 4.526 kr.
2) 25. december 2014: pludselig skade på skoles iPad: blev dækket af skolen.
3) 9. februar 2015: skade på iPhone: erstatningsudbetaling på 1.446 kr.
4) 12. maj 2015: skade på iPhone: erstatningsudbetaling på 1.801 kr.
5) 17. august 2015: brilleskade: erstatningsudbetaling på 5.647 kr.
6) 1. februar 2016: elskade: erstatningsudbetaling på 4.790 kr.
7) 30. marts 2016: elskade: erstatningsudbetaling på 1.722 kr.
8) 1. oktober 2016: rejseskade – kuffert: 4.119 kr.

Husforsikringen:
3 anmeldte skader – alle med erstatningsudbetaling:
1) 25. maj 2014: haglskade: erstatningsudbetaling på 2.965 kr.
2) 5. juli 2015: lynskade: erstatningsudbetaling på 42.822 kr.
3) 19. marts 2016: skade på glasovn: erstatningsudbetaling på 2.111 kr.

Ulykkesforsikringerne:
5 anmeldte skader – heraf udbetalt erstatning for 2 på nuværende tidspunkt:
1) 8. september 2014: skade på ankel: forsikringstagers [barn 1]
2) 6. januar 2015: skade på albue: forsikringstagers [barn 1]
3) 20. februar 2015: tandskade: forsikringstagers [barn 2]
4) 13. marts 2016: færdselsuheld – forsikringstagers ægtefælle: indtil videre erstatningsudbetaling på 3.444 kr.
5) 13. marts 2016: færdselsuheld – forsikringstager: indtil videre erstatningsudbetaling på 3.457 kr.

Bilforsikring police nr. … – [reg.nr.]:
3 anmeldte skader – alle med erstatningsudbetaling:
1) 31. januar 2016: påkører stolpe: erstatningsudbetaling på 4.376 kr.
2) 25. februar 2016: glasskade: erstatningsudbetaling på 5.692 kr.
3) 12. marts 2016: påkører betonklods: erstatningsudbetaling på 85.861 kr.

Bilforsikring police nr. … – [reg.nr.]:
3 anmeldte skader – alle med erstatningsudbetaling:
1) 15. marts 2015: [vejhjælp]: erstatningsudbetaling på 1.287 kr.
2) 6. april 2015: påkørsel træ: erstatningsudbetaling på 18.255 kr. + 1.287 kr. ([vejhjælp])
3) 4. juni 2016: kører galt i skov: erstatningsudbetaling på 14.062 kr. + 1.287 kr. ([vejhjælp])

På baggrund af skadeforløbet varslede vi ved brev af 15. november 2016 præmiestigning på 80 % på forsikringerne til hovedforfald.

Forsikringstager opsagde herefter sine forsikringer pr. 1. februar 2017, idet han ønskede at tegne forsikring i [andet forsikringsselskab].

[Andet forsikringsselskab] anmodede ved brev af 30. december 2016 om en oversigt over skaderne på indbo- og husforsikringen i Privatsikring. Det fremgik af anmodningen, at forsikringstager havde oplyst, at ingen fra husstanden havde fået dækket skader på indbo- og husforsikringen hos Privatsikring de seneste 2 år, og at der blot havde været én bilskade (trods de nævnte 18 skader medførende erstatningsudbetaling). Endvidere fremgik, at forsikringstager havde oplyst, ingen af forsikringerne var pålagt skærpede vilkår de sidste to år (trods de netop varslede præmieforhøjelser).

Vi gav ved e-mail af 9. januar 2017 [andet forsikringsselskab] de ønskede oplysninger. [Andet forsikringsselskab] meddelte herefter forsikringstager, at de ikke ønskede at tegne forsikringerne (bortset fra de lovpligtige), der derfor blev annulleret, ligesom vilkårene på de lovpligtige forsikringer blev skærpet.

Forsikringstager meddelte os herefter, at han havde fortrudt opsigelsen af forsikringerne i Privatsikring.

Forsikringerne i Privatsikring, der ellers skulle være udgået pr. 1. februar 2017, fortsatte således – dog med forhøjede præmier pr. 1. januar 2017, som vi havde varslet ved vores brev af 15. november 2016.

Forsikringstager klagede ved e-mail af 18. januar 2017 over præmieforhøjelserne. Vi besvarede klagen ved e-mail af 31. januar 2017. Forsikringstagers advokat klagede ved brev af 14. februar 2017 over præmieforhøjelserne. Han gjorde gældende, at vi havde tilsidesat en rådgivningsforpligtelse, idet vi ikke havde rådgivet om, at anmeldelse af skaderne kunne medføre præmieforhøjelse.

Da vi konstaterede, at forsikringstager til [andet forsikringsselskab] havde afgivet åbenbart urigtige oplysninger om skadeforløbet her i Privatsikring, ønskede vi oplysninger fra [andet forsikringsselskab] om skadeforløbet hos dem forud for indtegningen i Privatsikring. Disse oplysninger fik vi ved e-mail af 23. februar 2017.

Ved e-mail af 21. marts 2017 oplyste vi, at vi ved korrekte oplysninger om skadeforløbet ikke ville have tegnet forsikringerne (bortset fra de lovpligtige), hvorfor vi opsagde dem med tilbagevirkende kraft. Dette beroede imidlertid på en fejl. Forsikringstagers husstands skadeforløb i [andet forsikringsselskab] var godt nok ikke i overensstemmelse med det, han oplyste i forbindelse med indtegningen (0 skader) – der var ifølge oplysningerne fra [andet forsikringsselskab] anlagt et større antal skader men 'kun' udbetalt erstatning i forbindelse med 5 skader (2 på husforsikringen og 3 på indboforsikringen). Dette skadeforløb ville imidlertid ikke have ført til, at vi ville have afvist at tegne forsikringerne.

Ved e-mail af 28. marts 201[7] orienterede vi således forsikringstager om, at opsigelsen af forsikringerne med tilbagevirkende kraft beroede på en fejl. Forsikringerne var således stadig i kraft – dog til den forhøjede præmie varslet ved brevet af 15. november 2016.

Forsikringstagers advokat rettede igen henvendelse ved e-mail af 5. april 2017. Denne besvarede vi ved e-mail af 21. april 2017.

Sagen er herefter indbragt for ankenævnet.

Vores vurdering af sagen

Foranlediget af klagen til ankenævnet har vi gennemgået sagen på ny, men vi finder ikke grundlag for at ændre vores afgørelse.

På baggrund af skadeforløbet for forsikringstagers husstand varslede vi ved brev af 15. november 2016 forhøjelse af forsikringernes præmier pr. hovedforfald den 1. januar 2017.

Det fremgår af forsikringsbetingelserne, at forsikringerne er tegnet for en 1-årig periode og løber, indtil de opsiges af selskabet eller forsikringstager med mindst 1 måneds varsel til hovedforfald.

Når selskabet har ret til at opsige forsikringen, kan det som det mindre i det mere indføre skærpede vilkår såsom præmieforhøjelse.

Vi mener således ikke, at der kan være tvivl om, at vi har været berettiget til at hæve præmierne således som sket pr. hovedforfald.

Forsikringstagers advokat gør gældende, at vi inden varslingen af præmieforhøjelsen havde pligt til at rådgive forsikringstager om, at de mange skader kunne have konsekvenser for forsikringsforholdet. Det er vores klare opfattelse, at vi ikke har en sådan pligt.

Det fremgår direkte af forsikringsbetingelserne, at selskabet i forbindelse med en anmeldt skade kan opsige forsikringen med et forkortet varsel på 14 dage. Det kan således ikke komme bag på en forsikringstager, at hans skadeforløb kan have betydning for det fortsatte forsikringsforhold.

Endvidere vil det oftest i forbindelse med skadeanmeldelsen være umuligt for selskabet at sige, om og i givet fald hvilke konsekvenser skadeanmeldelsen vil have for det fremtidige forsikringsforhold. Dette vil almindeligvis først stå klart i forbindelse med sagsbehandlingen, hvor selskabet får kendskab til sagen, herunder erstatningspligtens størrelse og sagens øvrige omstændigheder. Hertil kommer, at skaden må ses i sammenhæng med den øvrige skadehistorik – et overblik sagsbehandleren ikke nødvendigvis har i forbindelse med skadeanmeldelsen (dette gælder ikke mindst i et tilfælde som det nærværende, hvor der er udbetalt erstatning for ikke mindre end 18 skader inden for 2,5 år).

Hertil kommer, at en sådan fast krav om oplysning i forbindelse med en skadeanmeldelse om, at skadeanmeldelsen muligvis kan få konsekvenser for det fremtidige aftaleforhold – uden at kunne oplyse hvilke – vil kunne fremstå som en 'trussel', der kan afholde forsikringstagere for at anmelde en skade.

Vi må således klart afvise, at vi i forbindelse med en skadeanmeldelse skal oplyse om, at skadeanmeldelsen kan få betydning for forsikringsforholdet.

En sådan pligt eksistrerer heller ikke i forbindelse med den efterfølgende skadebehandling. Som eksempel herpå kan nævnes AK 83.952. I den sag indførte selskabet præmiestigning og selvrisiko i forbindelse med en skade. Klageren ønskede i stedet at betale for skaden selv mod at undgå præmiebetalingen og selvrisikoen, hvilket selskabet afviste. Nævnet fandt, at præmieforhøjelsen og indførelsen af selvrisiko var i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne.

Det giver efter vores opfattelse ingen mening at hævde, at selskabet skulle have en rådgivningspligt om eventuelle præmiestigninger i forbindelse med behandlingen af en skade, når selskabet – således som AK 83.952 illustrerer – ikke kan tilpligtes at se bort fra en anmeldt skade trods forsikringstagers anmodning herom.

Vi må således fastholde, at vi har været berettiget til at hæve præmierne som sket, samt at vi ikke havde pligt til forudgående at rådgive forsikringstagerne om, at husstandens mange skader kunne have betydning for det fremtidige forsikringsforhold."

Nævnets sekretariat har den 9/10 2017 bedt om selskabets kommentarer til klagerens bemærkning om, at der ved gentegning af forsikringerne i selskabet var sket en forringelse af dækningerne på nogle af kaskodækningerne.

Selskabet har i mail af 26/10 2017 til nævnet bl.a. anført:

> "Vi skal præcisere, at der ikke er sket nogen 'gentegning' af forsikringerne. Forsikringstager opsagde som anført sine forsikringer pr. 1. februar 2017 men fortrød forinden, hvorfor forsikringerne fortsatte – dog naturligvis med de forhøjede præmier, vi havde varslet i november 2016.
>
> Som redegjort for opsagde vi ved e-mail af 21. marts 2017 forsikringerne (bortset fra de lovpligtige) med henvisning til afgivelsen af urigtige risikooplysninger, men trak opsigelserne tilbage ved e-mail af 28. marts 2017. Forsikringerne fortsatte således (stadig til den forhøjede præmie varslet i november 2016). Der er altså ikke sket nogen gentegning men blot en fortsættelse af forsikringsforholdet.
>
> Der er ikke sket nogen forringelse af dækningerne."

Til dette har klagerens advokat i mail af 27/11 2014 til nævnet bl.a. er anført:

> "Efter en fornyet gennemgang af sagen har jeg ikke kunnet finde dokumentation for denne påstand om en forringelse af dækningerne på én eller flere af forsikringerne, og jeg må have tillid til, at Plusforsikring taler sandt, når det afslutningsvis i skrivelsen anføres: 'Der er ikke sket nogen forringelse af dækningerne'
>
> Der ses dog i den afsluttende korrespondance mellem parterne – umiddelbart før sagens indbringelse for Ankenævnet – en sidste sætning i Plusforsikrings mail af 28. marts 2017, jf. sagens bilag 7, som jeg synes er interessant.
>
> Den lyder som følger:
>
> 'Grundet din klients skadeshistorik i Privatsikring vil vi opsige din klients forsikringer ved førstkommende lejlighed – enten til hovedforfald (…) eller i forbindelse med evt. nye skader'
>
> Det kan oplyses, at Privatsikring ikke har modtaget nogle skadesanmeldelser fra min klient siden denne skrivelse og Plusforsikring har i september 2017 afgivet opsigelse til hovedforfald pr. 1. januar 2018.
>
> Det er jo netop den form for rådgivning min klient har efterspurgt – rådgivning om, hvilke konsekvenser en anmeldelse vil/kan få for det fremtidige forsikringsforløb.
>
> En sådan rådgivning har følgende fordele:
>
> 1. Min klient får i god tid at vide, om han ved anmeldelse af en skade kan risikere præmieforhøjelser, således at anmeldelsen eventuelt kan tilbagekaldes.
> 2. Min klient får i god tid at vide, om han ved anmeldelse af en skade kan risikere, at forsikringen opsiges på grund af 'skadeshistorikken'.
> 3. Min klient får mulighed for ikke at bringe sig i en situation, hvor han ved anmeldelse af en skade ikke kommer i en situation, hvor han ikke kan gentegne i andre selskaber på grund af 'skadeshistorikken'
>
> Det er lidt paradoksalt, at Privatsikring dels argumenterer for, at Privatsikring ikke er underlagt en sådan rådgivningsforpligtelse, når Privatsikring synes at en sådan rådgivning er på sin plads i netop denne sag.

På en måde kan man sige, at min klient i forbindelse med denne rådgivning stilles i en situation, hvor hans muligheder for dækning på samtlige, eller på nogle af forsikringerne, kan blive illusorisk, fordi han efter modtaget rådgivning ikke tør anmelde flere skader – i hvert fald i en periode, men hvor han er sikker på at bevare forsikringsforholdet uden selv at være årsag til præmieforhøjelser eller opsigelser begrundet i en skadeshistorik, som kommer bag på ham.

Den rådgivning min klient fik som 'afskedssalut' i nævnte mail fra Privatsikring ville han gerne have haft væsentligt tidligere i forløbet, og så ville han kunne have undgået den enorme – og uberettigede – forhøjelse, som blev resultatet af den forud for mail af 28. marts 2017 manglende rådgivning."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Et uddrag gengives i det følgende.

Af selskabets brev af 15/11 2016 til klageren fremgår bl.a.:

"**Prisen på dine forsikringer stiger**

Antallet af skader på private forsikringer har været stigende de senere år, og vi har derfor udbetalt mere i erstatning til vores kunder end tidligere, Samtidig ser vi os nødsaget til, på baggrund af din skadeshistorik, at hæve priserne på dine forsikringer.

…

Dine forsikringer fortsætter

Ønsker du at dine forsikringer skal fortsætte, kan du bekræfte dette ved blot at betale din næste regning.

Ønsker du ikke at dine forsikringer skal fortsætte

Ønsker du ikke, at forsikringerne skal fortsætte, kan du undlade at betale din næste regning. For at sikre os at den udeblevne betaling ikke er en forglemmelse, vil du modtage en påmindelse fra os.

Du skal dog være opmærksom på, at din husforsikring indeholder en obligatorisk bygningsbranddækning, som vi ikke kan opsige af hensyn til eventuelle panthaver, fx dit realkreditinstitut. Vi skal derfor have en opsigelse fra dit nye forsikringsselskab for at kunne opsige din forsikring. Modtager vi ikke en opsigelse, sender vi dig en ny forsikring alene med en bygningsbranddækning. Betaler du ikke denne, skal vi for god ordens skyld oplyse, at vi har udpantningsret for præmien i din ejendom.

Din bilforsikring har en lovpligtig ansvarsforsikring, hvilket betyder at din bil skal være ansvarsforsikret. Er din bil ikke det, vil den blive afmeldt i Det Digitale Motorregister."

Nævnet udtaler:

Klageren tegnede familieforsikring, husforsikring, ulykkesforsikring og bilforsikringer i selskabet med ikrafttrædelse i april 2014. Forsikringerne havde hovedforfald den 1. ja-

nuar. Den 15/11 2016 varslede selskabet præmiestigninger på 80 % på alle forsikringerne til hovedforfald. Selskabet begrundede præmiestigningerne med dels stigende skadeudgifter for selskabet, dels klagerens skadehistorik.

Klageren kræver, at præmieforhøjelserne annulleres med henvisning til, at selskabet har tilsidesat god skik, jævnfør lov om finansiel virksomhed § 43, ved ikke at have rådgivet ham om, at anmeldelse af skader kunne få indflydelse på den fremtidige præmie.

Selskabet har afvist at annullere præmieforhøjelserne. Selskabet har anført, at præmieforhøjelserne er varslet i overensstemmelse med opsigelsesvarslet i forsikringsbetingelserne, og at selskabet – som det mindre i det mere – kan ændre forsikringsaftalen med samme varsel. Selskabet har bestridt at have en pligt til at rådgive klageren om, at mange skader kunne have konsekvenser for forsikringsforholdet.

Det fremgår af sagen, at klageren anmeldte 4 skader i 2014 med en samlet erstatningsudbetaling på 7.491 kr., 8 skader i 2015 med en samlet erstatningsudbetaling på 72.545 kr. og 10 skader i 2016 med en samlet erstatningsudbetaling på 130.921 kr.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at selskabet ikke har tilsidesat god skik i forbindelse med indtegningen, klagerens anmeldelse af skader eller den foretagne præmiestigning.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at forsikringsaftalerne indeholder en opsigelsesadgang for såvel klageren som selskabet, og at klageren ikke er garanteret uændrede vilkår på forsikringerne, mens forsikringsforholdet består.

Nævnet har endvidere lagt vægt på, at det er klagerens eget valg, hvor store og hvor mange skader han vil anmelde til sine forsikringer.

Nævnet har også lagt vægt på, at der i bekendtgørelse nr. 330 af 7/4 2016 om god skik for finansielle virksomheder § 28 om varsling af enhver ændring af forsikringsaftalen til ugunst for kunden ikke er pålagt selskabet en forpligtelse til forudgående at vejlede om

eventuelle fremtidige konsekvenser for aftaleforholdet ved anmeldelse af skader. Nævnet bemærker, at Finanstilsynets vejledning om forsikringsselskabers orientering til forsikringstager i forbindelse med autoskade af 1/10 2004 vedrører et specifikt forhold for motorkøretøjsforsikringer, hvor præmien reguleres ved enhver skadesudgift, og hvor forsikringstageren som udgangspunkt ikke kender skadesudgiften, fordi taksation af skaderne sker mellem værkstedet og forsikringsselskabet.

Da selskabet i øvrigt er berettiget til at opkræve den præmie, som den finder rigtig for en given risiko, og da selskabet har varslet præmiestigningerne under iagttagelse af fristerne for opsigelse i forsikringsbetingelserne og varslingsfristen i god skik bekendtgørelsens § 28, kan nævnet ikke pålægge selskabet at annullere præmieforhøjelserne. Nævnet henviser herunder til sin praksis, herunder sag 90004 og 83034.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand