Ankenævnet *for* Forsikring

Den 7. november 2018 blev i sag nr. 91637:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Aros Forsikring
Viby Ringvej 4
8260 Viby J

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har ulykkesforsikring. I klageskema af 29/11 2017 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"**Sagsfremstilling**
Supplerende redegørelse kan evt. vedhæftes som bilag.
Den. 23 december 2015 var jeg ude for en bilulykke, hvor Aros Forsikring vurderede mine skader til 8% og da min forsikring fejlagtigt er blevet tegnet med start ved 10% méngrad, nægter Aros Forsikring at udbetale erstatning, derfor denne klage over dårlig rådgivning.

Da jeg tegnede min ulykkesforsikring i AROS Forsikring var det med tiltro til deres assurandør, hans viden og rådgivning, desværre skulle det vise sig at være en stor fejl.
Deres assurandør har absolut ikke levet op til sit rådgiver ansvar og har rådgivet stik imod bekendtgørelsen om god skik.

Deres rådgiver sagde direkte til mig, at jeg skulle tegne forsikringen med en udbetaling startende ved 10% i méngrad, da det var ved de store skader man bør have udbetalt erstatning, såsom hvis man mistede en finger eller lignende og ikke ved de små ubetydelige skader på under 10%, jeg er senere, desværre for sent, blevet informeret om at mindst 80% af alle skader bliver udbetalt ved en méngrad fra 5% var jeg blevet informeret om dette af assurandøren havde jeg aldrig sagt ja til at tegne forsikringen startende ved 10% méngrad.

Ydermere blev jeg ringet op af Aros Forsikring efter jeg opsagde mine forsikringer, vedkommende jeg talte med gav mig ret i at jeg var blevet dårligt rådgivet og at AROS Forsikring var klar over problemet og ikke tilbød forsikringen med udbetaling startende ved 10% mere.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?
At AROS udbetaler erstatning på 8% som min méngrad er vurderet til."

Selskabet har i brev af 21/12 2017 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"[Klageren] har haft tegnet ulykkesforsikring i selskabet — forsikringspolicen er vedlagt som bilag 1. Som det fremgår af policen, har [klageren] valgt dækning fra 10%.

Sagen drejer sig om, at [klageren] er utilfreds med, at selskabet har afvist at udbetale godtgørelse for varigt mén.

Selskabet har i sagen indhentet lægelige oplysninger, og der har været udarbejdet en speciallægeerklæring. Selskabets lægekonsulent har på baggrund af de lægelige oplysninger vurderet det varige mén til 8%. Selskabet sender afgørelsen til [klageren] den 1. marts d.å., hvoraf det fremgår, at der ikke kan udbetales godtgørelse for varigt mén, da méngraden er vurderet til under 10%.

[Klageren] klager herefter den 16. marts d.å., jf. bilag 2. Denne klage bekræftes modtaget den 17. marts, og efter at have gennemgået sagen på ny, meddeler selskabet [klageren] den 23. marts d.å., at sagen sendes til Arbejdsmarkedet Erhvervssikring for en vejledende udtalelse, jf. bilag 3.

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring har vurderet det varige mén til 8%, jf. bilag 4, og selskabet sender herefter et brev til [klageren], hvor det oplyses, at der ikke kan udbetales godtgørelse for varigt mén, da méngraden af Arbejdsmarkedets Erhvervssikring også er vurderet til under 10%.

[Klageren] klager herefter igen til selskabet ved brev af 28. september d.å., jf. bilag 5. Klagen er besvaret af selskabet ved brev af 29. september d.å., jf. bilag 6 — det er derfor ikke korrekt, når [klageren] skriver, at klagen er besvaret den 20. oktober d.å.

[Klageren] klager over méngraden og mener, at han har fået forkert rådgivning i forbindelse med tegning af sine forsikringer.

Selskabet har i besvarelsen til [klageren] henvist til, at både selskabets lægekonsulent og Arbejdsmarkedets Erhvervssikring har vurderet méngraden til under 10%. Selskabet har derfor fastholdt afvisningen af at udbetale godtgørelse for varigt mén. For så vidt angår indtegningen har selskabet oplyst [klageren], at standarddækningen i 2015, hvor [klageren] tegnede ulykkesforsikringen, var 5% – men at man så havde mulighed for at vælge dækning fra 10% med deraf følgende billigere forsikringspræmie. [Klageren] har valgt en dækning fra 10%, og dette fremgår også af forsikringstilbuddet, jf. bilag 7 samt forsikringspolicen, jf. ovennævnte bilag 1.

Klagen til Nævnet giver ikke selskabet anledning til at ændre afgørelsen.

Selskabet må på den baggrund fastholde, at der ikke skal udbetales godtgørelse for varigt mén i sagen."

3. 91637

Klageren har i brev af 11/1 2018 til nævnet bl.a. anført:

> "Sagen er den, at Aros Forsikrings sælger ikke har levet op til sit rådgiver ansvar og har rådgivet stik imod bekendtgørelsen om god skik.
>
> AROS Forsikring skriver jf. svar af 21. december 2017, at de har oplyst mig om at 5% var standart, det er ikke korrekt, deres sælger nævnte på intet tidspunkt muligheden eller fordelen ved at tegne på 5% han var kun interesseret i at sælge og fortælle hvor fordelagtig en forsikring på 10% var.
>
> I alle de år jeg har haft en ulykkesforsikring, har den altid haft en dækning fra 5%, desværre blev jeg vildledt og overbevist af AROS Forsikrings dygtige sælger til at tegne forsikringen med dækning fra 10%
>
> Modpartens forsikring, [andet forsikringsselskab], har ligeledes haft deres lægekonsulent til at vurdere mine skader ud fra speciallæge … rapport jf. bilag 1.
>
> [Andet forsikringsselskabs] lægekonsulent har lagt vægt på de subjektive klager samt de objektive fund jf. bilag 2 og har på den baggrund fastsat min méngrad til 10%
>
> Jeg føler mig i den grad snydt og vildledt til at tegne en forsikring som i bund og grund er værdiløs."

Selskabet har i brev af 2/2 2018 til nævnet bl.a. anført:

> "Selskabet må afvise det af [klageren] anførte og henviser til vores brev af 21. december 2017. Det fremgår heraf, at standarddækningen i 2015, hvor [klageren] tegnede ulykkesforsikringen, var 5% – men at man så havde mulighed for at vælge dækning fra 10% med deraf følgende billigere forsikringspræmie. [Klageren] har valgt en dækning fra 10%, og dette fremgår også af forsikringstilbuddet, jf. bilag 7 samt forsikringspolicen, jf. sagens bilag 1.
>
> Selskabet har i sagen indhentet lægelige oplysninger, og der har været udarbejdet en speciallægeerklæring. Selskabets lægekonsulent har på baggrund af de lægelige oplysninger vurderet det varige men til 8%. Arbejdsmarkedets Erhvervssikring har ligeledes vurderet det varige men til 8%, jf. sagens bilag 4.
>
> Selskabet må fastholde, at der ikke skal udbetales godtgørelse for varigt mén i sagen."

Til dette har klageren i brev af 13/4 2018 bl.a. anført:

> "AROS skriver at deres standart dækning er på 5%, det er netop det jeg klager over, derfor undre det mig meget, hvorfor deres sælger overbeviste mig om at det var bedst at tegne en forsikring som startede ved 10% méngrad, når han viste at langt de fleste skader ligger mellem 5 og 10 % méngrad, han har overhoved ikke levet op til sit rådgiver ansvar og har rådgivet stik imod bekendtgørelsen om god skik og solgt mig en værdiløs forsikring.
>
> I de ca. 30 år jeg har haft en ulykkesforsikring, har den **altid** haft en dækning fra 5%, hvorfor skulle jeg lige pludselige lave det om, hvis det ikke var fordi jeg var blevet vildledt og overbevist af AROS's sælger?"

Nævnets sekretariat har den 26/6 2018 bedt selskabet kommentere klagerens udsagn om, at selskabets sælger på intet tidspunkt nævnte muligheden eller fordelen ved at tegne en dækning fra en méngrad på 5 %. Selskabet har i brev af 12/7 2018 til nævnet bl.a. anført:

> "Det kan ikke bekræftes, at assurandøren ikke skulle have oplyst, at der var en standarddækning på ulykkesforsikringen på 5%. Udgangspunktet var netop en dækning fra 5%, og det fremgår også af vores brev af 21. december 2017 til Nævnet.
>
> [Klageren] skriver, at assurandøren skulle have vildledt ham og overbevist ham om, at han skulle have dækning fra 10%. Dette må selskabet klart afvise, og det stemmer heller ikke overens med [klagerens] bemærkning om, at assurandøren kun var ude på at sælge – en dækning fra 10% betyder en lavere forsikringspræmie.
>
> Der er ikke tale om hverken vildledning eller overbevisning i nærværende sag, som [klageren] gør gældende. Standarddækningen var 5%, men [klageren] har selv valgt en dækning fra 10% med en deraf følgende billigere forsikringspræmie – dette fremgår også af forsikringstilbuddet, jf. bilag 7 samt forsikringspolicen, jf. sagens bilag 1.
>
> Til orientering kan vi oplyse, at vi tilbage i april 2016 sendte et brev til [klageren], hvor det blev meddelt, at skaden i nærværende sag var omfattet af ulykkesforsikringen. I brevet blev [klageren] samtidig oplyst om den valgte dækning, og at det varige mén kunne vurderes, når den helbredsmæssige tilstand er varig.
>
> Som det også fremgår af vores brev af 21. december 2017, så har Arbejdsmarkedets Erhvervssikring vurderet det varige mén i sagen, og det er først, da [klageren] får vores brev af 19. september 2017 med besked om, at méngraden er vurderet til 8%, at selskabet modtager en klage fra ham."

Klageren har i brev af 20/7 2018 til nævnet bl.a. anført:

> "AROS skriver at min forklaring ikke stemmer overens, da en forsikring på 10% er billigere, det er netop min pointe, for at assurandøren kunne holde prisen under det som jeg betalte ved mit tidligere forsikringsselskab og derved få mig som kunde, gik han åbenbart på kompromis med sit rådgiveransvar og kvaliteten af det produkt han skulle sælge, det resulterede i dårlig rådgivning, han har på intet tidspunkt snakket om at tegne forsikringen fra 5%. (Se tidligere breve)
>
> Jeg har desværre kun mit og min kones ord for hvad der blevet sagt den dag og selvfølgelig vil AROS ikke indrømme at deres assurandør ikke har ydet den vejledning som loven kræver.
>
> Som skrevet tidligere, hvorfor i alverden skulle jeg, efter jeg hele mit liv har haft en ulykkesforsikring fra 5% pludselig synes at det var en god ide at tegne den fra 10% og hvis det hypotetisk set var tilfældet, at jeg selv aktivt, havde efterspurgt denne forsikring, så er det 110% sikkert at jeg ville fravælge den, hvis jeg dengang havde fået den rette rådgivning og information."

5. 91637

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen.

Nævnet udtaler:

Klageren har med ikrafttræden den 1/10 2015 tegnet en ulykkesforsikring, som dækker fra en méngrad på 10 %. Han blev den 23/12 2015 udsat for et trafikuheld, og selskabet har afvist at yde erstatning med henvisning til, at méngraden er mindre end 10 %. Arbejdsmarkedets Erhvervssikring har den 28/8 2017 vurderet det varige mén som følge af ulykken til 8 %, og nævnet kan ikke kritisere, at selskabet har fastsat méngraden til under 10 %.

Klagerens krav er, at selskabet skal udbetale erstatning for en méngrad på 8 % med henvisning til, at selskabets assurandør ved tegning af forsikringen har rådgivet stik imod bekendtgørelsen om god skik. Klageren har anført, at assurandøren kun var interesseret i at sælge og fortælle, hvor fordelagtig en forsikring på 10 % var, og at assurandøren ikke oplyste, at mindst 80 % af alle skader blev udbetalt ved en méngrad fra 5 %. Selskabet har anført, at selskabet har oplyst klageren om, at standarddækningen i 2015, hvor han tegnede forsikringen, var 5 %, og at det ikke kan bekræftes, at assurandøren ikke skulle have oplyst om standarddækningen.

Det følger af § 3 i bekendtgørelse nr. 928 af 28/6 2013 om god skik for finansielle virksomheder, som gjaldt på tidspunktet for tegningen af forsikringen, at en finansiel virksomhed skal handle redeligt og loyalt over for sin kunder. Det følger af § 7, stk. 3, at 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 følger af § 25, at et forsikringsselskab senest i forbindelse med, at en skadesforsikringsaftale indgås, skal oplyse om væsentlige oplysninger i den pågældende forsikring, herunder om væsentlige elementer i den valgte forsikrings dækningsomfang og om kundens mulighed for til- eller fravalg.

Nævnet finder efter en gennemgang af sagen og efter en samlet vurdering, at klageren ikke har bevist, at assurandørens rådgivning i forbindelse med købet af forsikringen har været behæftet med mangler, som er ansvarspådragende.

6. 91637

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Carsten Sennels