

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 29. april 2020 blev i sag nr. 94060:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Insr Insurance Group ASA
Sundkrogsgade 21, 2.Tv.
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har bil-, indbo-, rejse-, og ulykkesforsikring. I klageskema af 13/8 2019 til nævnet har klagerens barn bl.a. anført: "**Kort redegørelse for sagen**
OBS: [Klagerens barn] skriver redegørelsen

Den 15. 03.2019 oplever vi, mens vi er på ferie, at der er indbrud i vores hjem. Meget bliver stjålet, men mest af alt fra [klagerens barns] værelse.

Efter at være hjemvendt fra ferie og ryttet op, samt undersøgt hvad der mangler, melder vi skaden til [selskabet] via vores indboforsikring. Vi holder et møde med en konsulent derfra, som ser lejligheden/spor på indbruddet, samt medtager diverse bons på de stjålet genstande.

[Selskabet] undersøger sagen og afviser at erstatte, da forkerte oplysninger er givet ved oprettelse hos [selskabet] i 2018. [Klageren] skifter selv forsikring online, men det viser sig, at det pga. det danske sprog er givet forkerte oplysninger. Bl.a. ift. skader hos [tidligere forsikringsselskab] (hvor familien i +15 år har været kunde, men skifter pga. høj pris), samt oplysninger om RKI for [klagerens barn], som [klageren] ikke kender noget til, idet det vedrører [klagerens barns] egen økonomi og igangværende sag, som [klagerens barn] har.

[Klagerens barn] har altid været kontaktperson på sagen, og korrespondancen har altid kørt via [klagerens barns] mail (...) eller telefon. Da [selskabet] afviser og ophører forholdene, sendes dette til [klagerens] mail, uden at give [klagerens barn] besked, idet [klageren] næsten aldrig tjekker sin mail, da alt hans post modtages via alm post eller e-boks. Herefter klages der, men pludselig ønskes der fuldmagt, selvom sagen altid har kørt via [klagerens barn], og konsulenten har mødt [klagerens barn] hjemme hos os. Og dog også selvom, [klagerens barn] modtager mail, hvori der står, at [selskabets medarbejder] har taget imod klagen, og der dermed mentes, at fuldmagt ikke var nødvendig. Ingen reaktion på klagen modtages, selvom [selskabets medarbejder] meddeler pr

Ankenævnet for Forsikring

2.

94060

[klagerens barns] mail, at klagen er modtaget, og svar kan forventes 'senest start næste uge' – på daværende tidspunkt. Først efter at [klagerens barn] ringer ind og er rasende, og fuldmagt indsendes, mens en konsulent haves i røret, får vi svar.

Sagen/klagen afvises først pr 1/8-2019. I mellemtiden sendes sagen videre blandt [selskabets repræsentant]/[selskabet]/[selskabet], og flere konsulenter kommer på sagen.

Der spørges ind til agtindsigt ved sidste henvendelser, men denne ønskes ikke tilsendt. Pr 1/8. modtages svar 'At der arbejdes på at sende en agtindsigt'. Dags dato/ 13.08.2019 er stadig intet modtaget. Desuden skiftes henvendelserne fra [klagerens barns] mail, til [klagerens barns] mail – også efter for længst at have indsendt fuldmagtserklæring. Alt tyder på, at [selskabet] søger årsager til ikke at udbetale erstatning for skaden, der har fundet sted.

Klagen fra 24.06.2019 ses i vedhæftede filer. Denne vil også være med til at beskrive, hvorfor [klageren] desværre opgiver forkerte oplysninger, da han selv udfylder online sit skift til [klageren] fra [tidligere forsikringsselskab] forsikring. At hans danske sprog kan variere og nogle ord/ sætninger ikke forstås helt korrekt, kan ligeledes bekræftes af den konsulent, som var hjemme hos os i april 2019 v. mødet.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

- 1: Erstatning af tyveri. Journal haves. Desværre er tyven ikke fundet.
- 2: Afvisning af krav om tilbagebetaling af erstatning for [klagerens ægtefælle] rejseska-
de/operation af ..."

Selskabets repræsentant har i brev af 25/9 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Sagsfremstilling:

[Klageren] [herefter klager] rettede i juni 2018 henvendelse til selskabet med henblik på at indhente tilbud på følgende forsikringer:

- Bil
- Indbo
- Rejse
- Ulykke

Den 25. juni 2018 fremsendte selskabet tilbud på de ønskede forsikringer **[Bilag 1 + 2]**. Det fremgår heraf, at såfremt klager accepterer tilbuddene, bekræfter klager, at der ikke er medlemmer i husstanden, der er registreret i et skyldnerregister såsom RKL. Desuden bekræfter klager med sin accept, at antallet af skader, som er anført i forsikringstilbuddene, er korrekte.

Bilag 1 forsikringstilbuddene var tillige selskabets generelle købsinformation **[Bilag 3]**. Det fremgår heraf:

...

Den 28. juni 2018 bekræftede klager, at han ønskede at tegne de tilbudte forsikringer pr. 1. august 2018.

Den 2. april 2019 modtog selskabet en skadeanmeldelse vedrørende et indbrudstyveri, der skulle være sket omkring den 15. marts 2019, mens familien var på ferie. **[Bilag 4]**. Det fremgår af anmeldelsen, at der skulle være stjålet en lang række effekter, herunder i særdeleshed effekter fra

[klagerens barns] værelse såsom mærketasker, guldsmykker, mærkesko, mærkebriller, makeup, parfumer, tøj og elektronik. Skadeopgørelsen fremlægges som **Bilag 5**. Kravet udgør kr. 149.667,20. Herfor er der ingen eller kun begrænset dokumentation.

Det anmeldte forhold blev besigtiget den 16. april 2019. I den forbindelse blev det vurderet, at kundeforholdet nødvendiggjorde en nærmere gennemgang. Samme dag gav klager tilladelse til, at [selskabet] måtte indhente oplysninger om klagers tidligere forsikringsforhold og skadehistorik i andre forsikringsselskaber samt tilladelse til udveksling af oplysninger med RKI til brug for vurderingen af det anmeldte forhold.

Efterfølgende blev [klagerens barn] bedt om at oplyse, hvorvidt [klagerens barn] ved indtegningen af forsikringerne havde bistået sin far. Hertil svarede [klagerens barn], at [klagerens barn] mente, at [klagerens barns] far selv havde indgået aftalerne med selskabet **[Bilag 6]**.

Den 29. april 2019 modtog [selskabets repræsentant] en mail fra [tidligere forsikringsselskab], hvor klager tidligere har haft tegnet forsikringer. Heraf fremgår det, at klager fra 2016 har haft anmeldt 4 skader. Desuden er der i samme periode anmeldt yderligere 2 skader fra en anden i husstanden. Desuden fremgår det, at der fra 2011 til 2016 har været anmeldt 9 skader på rejseforsikringen.

Samtidig modtog [selskabets repræsentant] besked fra debitor-/skyldnerregistret, som oplyste, at [klagerens barn] er registreret i RKI.

Henset til de urigtige oplysninger – både hvad angår antallet af skader indenfor de seneste 3 år samt registreringen i RKI – blev klager den 2. maj 2019 meddelt, at der som følge heraf ikke kunne ske erstatningsudbetaling i sagen, da selskabet ikke ville have tegnet forsikringerne, jf. deres indtegningsregler **[Bilag 7]**, såfremt der var givet rigtige oplysninger. Altså fuldstændig som varslet ved indtegningen. Klager blev i samme forbindelse meddelt, at forsikringerne ville blive opsagt med tilbagevirkende kraft **[Bilag 8]**.

Den 2. maj 2019 meddelte selskabet, at bilforsikringen ville blive omtegnet til en ren ansvarsdækning, og øvrige forsikringer ville blive opsagt. Begge dele pr. 1. august 2018 **[Bilag 9]**.

Den 24. juni 2019 modtog selskabet en klage fra [klagerens barn], hvor det fremgår, at [klagerens barn] er utilfreds med opsigelsen af forsikringerne. Selskabet bad i den forbindelse om en fuldmagt fra forsikringstager for at kunne behandle klagen **[Bilag 10]**, hvilket der gik en del tid med, hvorfor behandlingen af klagen trak ud.

Den 1. august 2019 fastholdte selskabet afgørelsen **[Bilag 11]**.

I perioden fra den 7. august 2019 til den 14. august 2019 foregår der yderligere korrespondance mellem [klagerens barn] og selskabet omkring opsigelsen af forsikringerne **[Bilag 12]**.

Begrundelse for vores afgørelse:

Det er korrekt, som klager angiver i sin klage, at selskabet har afvist at yde erstatning i relation til det anmeldte forhold på hans indboforsikring.

Dette skyldes, at man i forbindelse med behandlingen af de nævnte forhold erfarer, at klager, hos et andet selskab forud tegning hos selskabet, har anmeldt et sådan antal skader på den der tegnede forsikring, at selskabet ikke ville have indtegnet forsikringerne, hvis de havde været bekendt med antallet. Tilsvarende gør sig gældende fsva registreringen i RKI.

Det bemærkes i den forbindelse, at selskabet har været i kontakt med den forsikringskonsulent, der var i kontakt med klager i forbindelse med indtegningen. Denne oplyser, at en eventuel tidligere skadehistorik rutinemæssigt altid drøftes med nye forsikringstagere i forbindelse med indtegningen. Tilsvarende at det rutinemæssigt altid drøftes, at det er en forudsætning for indtegning, at ingen i husstanden er registreret i et skyldnerregister.

Forud for tegning af forsikringerne har klager oplyst, at der ikke til tidligere selskab har været anmeldt skader inden for de seneste 3 år, ligesom klager har oplyst, at ingen medlemmer i husstanden er registreret i RKI. Derudover er ovenstående samtidig erkendt af klager, da han med sin mail af 13. juni 2018 og 28. juni 2018 har bekræftet de angivne oplysninger.

I den forbindelse bemærkes det, at det utvivlsomt må lægges til grund, at klager har været klar over sin skadehistorik i tidligere selskaber. 4 + 2 skader er ikke sådan at overse! [Derudover yderligere 9 skader før 2016]. Det bemærkes desuden, at såfremt klager ikke har været klar over [klagerens barns] registrering i RKI – hvilket i øvrigt ikke forekommer os sandsynligt – burde han have undersøgt, om medlemmer af hans husstand er registreret i et skyldnerregister, inden han svarede nej hertil, når nu han er spurgt hertil mindst to gange. Præmissen om, at de urigtige oplysninger skyldes sproglige vanskeligheder, køber vi ikke. For det første bør klager ikke skrive under på noget, hvis han ikke forstår indholdet af aftalen. Dertil kommer, at der er intet i tidligere korrespondance med klager, der giver indtryk af sproglige vanskeligheder. Se hertil fx bilag 1.

Dermed har klager objektivt set afgivet urigtige oplysninger, hvilket må tilregnes klager som mindst uagtsomt.

Da oplysninger modtaget fra [tidligere forsikringsselskab] og RKI viser, at de afgivne oplysninger om antal af skader/registrering i RKI ikke er korrekte, opsiges forsikringerne med henvisning til Forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, da selskabets indtegningsregler viser, at selskabet ikke ville have tegnet forsikringerne, om de rette forhold havde været oplyst.

På den baggrund må vi meddele, at vi ikke ser grundlag for at ændre den i sagen trufne afgørelse.

Afslutningsvis bemærkes det, at der er givet aktindsigt den 14. august 2019 [Bilag 13].

Endelig bemærkes det at uanset, hvorledes korrespondancen er sket i relation til det anmeldte forhold, så burde korrespondancen udelukkende være sket med forsikringstager, medmindre der forelå en fuldmagt. Selvom kommunikationslinjen i sagen således ikke har været konsekvent, hvilket der i øvrigt nu er rettet op på, så ændrer det ikke på udfaldet af sagen.

Det er vores opfattelse, at Nævnet herefter kan træffe afgørelse på det forhåndenværende grundlag."

Klagerens barn har i brev af 26/10 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Som svar på [selskabets] bemærkning på sagen, sendes hermed nedenstående i håb om, at Ankenævnet vil forstå og tage imod min mening om sagen, da jeg føler, at jeg er blevet behandlet uretfærdigt, idet jeg under hele forløbet, mens jeg har været kunde hos [selskabet], har handlet i absolut god tro!!

Først og fremmest ønsker jeg at oplyse relevant info om mig selv, der skal bidrage til forståelsen af, hvem jeg er som kunde! Jeg har i omkring 15 år været kunde hos [tidligere forsikringsselskab]. Jeg har kun været kunde her og er dermed en loyal kunde, som ikke skifter rundt blandt forsikringsselskaber. Jeg har skiftet til [selskabet], da det pludselig er blevet populært at lave forsikringstjek, samt at få opkald fra call-centre, der kan tilbyde noget billigere. Derfor har jeg undersøgt mine muligheder og fundet ud af, at jeg kan spare penge for samme dækning, og hvorfor ikke?! [Tidligere forsikringsselskab] blev – i forhold til [selskabet] – alt for dyrt, og jeg valgte derfor at flytte mit engagement.

Jeg har i alle disse år været en god betaler! Aldrig har jeg misset en regning eller fået gebyr på nogle. Både hvad angår [tidligere forsikringsselskab], men også [selskabet] – alt har kørt rettidigt pr PBS. Faktisk indebærer denne titel også for alle mine andre betalingsordninger. Det er derfor noget vrøvl, at [selskabet] forsøger at få mig til at være som en illoyal og misvisende kunde, da alle mine handlinger er foretaget med ren BonusPater fornuft, samt i særdeles god tro.

Desværre er jeg ikke særligt inde i proceduren omkring forsikringsskift, da proceduren nu er anderledes i forhold til, da jeg blev kunde hos [tidligere forsikringsselskab], og det hele nu er blevet så elektronisk. At jeg oveni købet kan have udfordringer med mit danske, gør tingene ikke meget lettere. Men når man tror, at man har styr på tingene, så søger man heller ikke om hjælp. Derfor har jeg endt ud i problemer, som jeg aldrig før har haft, men som jeg ønsker, at Ankenævnet tager stilling til, netop fordi jeg er en så god kunde, som jeg er. At jeg har været god kunde i mere end 15 år hos [tidligere forsikringsselskab], kan ligeledes bekræftes via 'Bonuscheck' med et vis beløb, som [tidligere forsikringsselskab] de sidste par år har sendt ud til mig som et 'tak' for den gode kunde, jeg nu var. OBS: Nedenstående skriver [klagerens barn], på mine vegne, mens jeg sidder med [klagerens barn], da jeg så er sikker på, at jeg ikke fejler i min bemærkning.

At [selskabet] ikke har styr på egen procedure, orden og deadlines, ses endnu en gang her, da de ikke overholder deadline med svar, som var 27.09, men svarer først d. 30.09.

Hele processen har været sådan. Først og fremmest er sagen sendt rundt blandt flere forskellige behandlere, samt selskaber. Fra [selskabet] til [selskabets repræsentant], til [selskabet], til [selskabets repræsentant], til [selskabet] osv. For hver henvendelse har der været ny behandler på sagen. Desuden har man svaret på [klagerens barns] mail, så [klagerens] mail, så [klagerens barns] Og i ring! På et tidspunkt, langt inde i forløbet, ønskedes der fuldmagt fra [klageren] om, at [klagerens barn] må agere på sagen, men DOG har man rigtig længe ført korrespondance med [klagerens barn] – flere måneder. Det fortæller, hvor uprofessionelt [selskabet] behandler sagen, for havde det været en anden, var alle oplysninger videregivet til en komplet fremmed.

Da der indsendes klage d. 24.06.2019 fra [klagerens barns] mail, modtages en bekræftelsesmail herom (26.06.2019): at sagen tages til behandling, og at der vil være svar 'senest i næste uge' (se screenshot). FØRST når jeg selv tager kontakt igen, CA. EN MÅNED EFTER (22.07.2019), modtager vi besked om, at der er sket en misforståelse, og at det faktisk nu alligevel IKKE er [selskabets repræsentant], som behandler sagen, men [selskabet], og at jeg d. 26.06.2019 bør være blevet gjort opmærksom på, at der ønskes fuldmagt??! Ingen steder ses dette (se screenshot). Ingen besked får vi!! Da [selskabet] efter at være blevet informeret, at sagen vil blive sendt til Ankenævnet,

kommer de i tanke om, at de egentlig ikke indordner sig hverken GDPR-loven eller tavshedspligt om kunden, og beder derfor om en fuldmagt via [klagerens] mail, som aldrig tjekkes, medmindre vi ved, at der skal komme noget post. Bare dette er med til at indikere, hvorvidt orden og professionalisme ikke karakteriserer [selskabet].

Samme strenge og uprofessionelle tilgang til sagen sker, da [klageren] beder [selskabet] om at ophøre ansvarsforsikringen på bilen. D. 22.08.2019 modtager [klageren] mail (nu igen på egen hotmail, selvom [selskabet] FLERE GANGE bliver bedt om at skrive til [klagerens barns] mail for at være ajour, og selvom at der fra [klagerens barns] mail bliver bedt om ovenstående, og SELVOM der på det tidspunkt haves fuldmagt), at bilen ikke længere har nogen ansvarsforsikring, og om 14 dage vil dette blive oplyst til DFIM 'der efter færdselsloven § 106, stk. 4, kan pålægge dig et gebyr på kr. 250,00 pr. dag'.

Alligevel sender [selskabet] besked herom til DFIM allerede d. 26.08.2019 (4 DAGE EFTER), hvorefter [klagerens barn] kontakter dem. Den 20.09.2019 modtager [klagerens barn] mail om, at [selskabet] har været for hurtigt ude, og at de 14 dage først skulle træde i kræft pr 05.09.2019 og ikke ved indsendelsesdatoen. Derfor indsender [selskabet] fejlskema, og det skyldte beløb af dagsgebyrer hos DFIM bliver slettet. ENDNU en gang ses, hvorvidt [selskabet] ikke er i stand til at behandle en sag ifølge loven og deadlines, men blot ifølge egne behov.

Først efter at [klagerens barn] slut september kontakter [selskabet], får vi agtindsigt. Her ses det, at flere behandlere er inde over sagen. Det ses desuden, at der efter den 1. klage over afgørelsen, hos [selskabet] noteres, at [klageren] ikke selv har oprettet sine forsikringer hos [selskabet], men at [klageren] har fået hjælp pga. den perfekte skrivning. Det er vrøvl!

[Klagerens barn] bliver spurgt af forsikringskonsulenten, som har været hjemme hos familien, pr mail, nogle dage efter, om [klagerens barn] har været [klageren] behjælpelig med oprettelsen hos [selskabet]. [Klagerens barn] spørger, om der er noget galt med forsikringerne, idet [klagerens barn] bliver bekymret for, om der nu mangler noget i selve policen, der kan forhindre erstatningen af indbruddet, og efterfølgende oplyser, at [klageren] SELV i sin tid tegner forsikringerne. [Klageren] er ikke den største IT-nørd, men visse ting kan han selv. Bl.a. lægeportal, receptfornyelser, hotmail, e-boks og lign. Når han skriver, benytter han sig af Google translate, hvis han er i tvivl omkring noget, eller hvis der er noget, han skal have oversat. DOG ligger udfordringen i at forstå, og ikke i at skrive. Derfor kan jeres argument her ikke benyttes! [Klageren] har studeret dansk så meget som muligt, men med alderen bruger han det danske mindre, og derfor kan han have svært ved at forstå og/eller forklare. Når han skal forklare, er der ligeledes udfordringer, men når han skriver, hvis han ved, at det er seriøst, og at det skal til bestemte modtagere, gør han sig umage og spørger til ord, hvis han ikke ved, hvordan de staves. [Klageren] er IKKE fatsvag, dum eller blind!! [Klageren] har blot udfordringer med at forstå dansk, samt sproget dansk, da hans modersmålsprog udtales, som det skrives, det har anden dialekt og accent.

Desuden er det tydeligt, at der i mailsene, som [klageren] sender til [selskabet] ved oprettelsen, og som [selskabet] associerer til, ikke benyttes nutids-r få steder, ej heller er det et specielt ordforråd, der skulle indikere, at det ikke er [klageren], der skriver?! Det er helt almindeligt dagligdagssprog, som [klageren] ikke vil kunne udtale perfekt, men dermed godt kan skrive ordene! Desuden kan det tydes, at der bliver brugt ord såsom: 'afgjort' og ikke opgjort. –En/-et fejl er også til at se visse steder. Sætningen: ' Ligeledes har jeg i boligforeningen som lejer en kælder, jeg ligeledes ønsker at være dækket.' kan være med til at belyse, at [klageren] ikke er af dansk oprindelse, og at der er udfordringer med det danske. Så selvom at der i mailsene bliver gjort gode forsøg på at skrive til jer korrekt og forståeligt, og at [klageren] har brugt tid på dette, så er udfordrin-

gerne ofte tilstede, og dette kan bekræftes af den forsikringskonsulent, som har været på besøg hos familien. Her havde [klageren] en del udfordringer med at forklare og forstå. Det er, trods alt, noget andet, når man sidder med ordene i hånden, når man har tid, og når man forsøger med hjælp fra translate osv. Desuden kan det at læse og oversætte, ikke sammenlignes med det, der skrives. For det, der bliver skrevet, kommer fra egen hoved, og dermed forstår man, det man skriver. Dermed behøver det ikke at betyde, at man rent faktisk også forstår det, man læser, for det kommer fra et andet menneske!

Som der bliver oplyst i 1.klage, har [klageren] forstået det hele anderledes, og derfor har det bidraget til denne konsekvens. [Klageren] har hele tiden forstået, at der bliver spurgt ind til, om han i de sidste 3 år har haft ulykker på bilen. Det er ikke til at sige, hvorfor [klageren] hele tiden har haft fokus på bilforsikringen, men måske fordi han hidtil ikke har haft erfaring med forsikringsskift, og han har været om dette selv?! Ligeledes kan man spørge forsikringskonsulenten, der var på besøg, om ikke også [klageren] fortæller ham, at man kan tjekke hans cpr-nr. alle steder – også hos politiet, for han har 'ren mel i posen' alle steder – Gudskelov! Var det hans mening at lægge skjul på noget, eller give forkerte informationer, ville [klageren] ikke underskrive ved besøget, at der må indhentes disse relevante oplysninger. Desuden ville det ikke have nogen relevans ifm. stiftelsen af engagementet hos [selskabet], selv hvis [klageren] havde forstået spørgsmålet rigtigt, for de få ulykker, der har været hos [tidligere forsikringsselskab], de sidste 3 år, har kun været på rejseforsikringen. Det har desuden været skader, som ikke har været på ham selv, men på andre, som var dækket af rejseforsikringen! Desuden er det heller ikke i det store omfang og beløb, at andre forsikringsselskaber ville afvise forholdet. Man ville her tjekke, hvad årsagen har været til skaderne, og når det ses, at det primært har vedrørt [klagerens ægtefælle] og hendes helbred, ville man måske vælge at forhøje prisen, men ikke AFVISE kundeforholdet! Man kunne måske have fravalgt rejseforsikringen så, men absolut ikke at afvise at have [klageren] som kunde!!

Desuden ville man tjekke [klageren] i sin helhed som kunde i forsikringsverden, og her vil man kunne se, at skader aldrig er forårsaget af ham; at skader primært vedrører småting såsom mistet kuffert på rejsen, mindre sygdom på ferie og lignende. Derfor menes det, at argumentet om, at samarbejdet ikke ville stiftes, hvis [selskabet] havde vist dette i tide, falder i vandet! [Klageren] har desuden fx aldrig haft skader på indboen, heldigvis. Hvorfor ville man så fravælge at dække [klageren] på indboen?!? Hele [klagerens] forsikringsfortid indikerer, at der ikke er grund til at afvise nogen som helst form for samarbejde!

Det er ligeledes værd at nævne, at [selskabet] sender [klageren] en mail (se screenshot) ved selve oprettelsesprocessen, d. 26.06.2018, at med et 'Ja tak' bekræfter [klageren] købet og giver samtykke til at [selskabet] bl.a. 'indhenter relevante kundeoplysninger om mine forsikringer, fx dækningsoplysninger, skadeforløb, opsigelser, skærpede vilkår, dog ikke helbredsoplysninger, hos mit nuværende eller tidligere selskab. Oplysningerne kan anvendes i forbindelse med køb og/eller flytning af mine skadesforsikringer.'

Dette forstås som om, at [selskabet] TJEKKER [klagerens] forhold hos tidl. forsikringsselskaber ved køb af de nødvendige policer hos [selskabet], og ikke som om, at de kan gøre det på et tidspunkt, hvis det lyster [selskabet], som der ellers bliver argumenteret med. Allerede her har [klageren] givet tilladelse til dette med sin mail 'Ja tak' d. 28.06.2018 og lægger derfor ikke skjul på noget, og har heller ikke haft den mening at give forkerte oplysninger. Så [klageren] har egentlig fat i, hvad det er, der sker i processen, men blot på et overfladisk niveau, desværre. [Klageren] giver altså i samme mail tilladelse til, at [selskabet] indhenter oplysninger, men oplyser også via samme

mail, at han ikke har haft skader seneste 3 år. Det er altså ikke i separate mails, men det samme 'Ja tak' der skaber forhindringen i, at røveriet bliver dækket!

Ved besøget underskriver både [klageren] og [klagerens barn], at RKI-forhold må tjekkes, og [klageren] oplyser med ovenstående 'Ja tak', at ingen af husmedlemmerne er registreret. [Klageren] har aldrig været registreret, ej heller konen [klagerens ægtefælle]. At [klagerens barn] er registreret med ca. 5.000 kr., skyldes en sag, som [klagerens barn] har med [inkassofirma 1], efter at have bestilt tøj hos [Klagerens barn] mener ikke, at dette har nogen som helst indflydelse på [klagerens barns] økonomi eller hverdag på nogen som helst måde. [Klagerens barn] arbejder i en ..., og betaler sine resterende regninger rettidigt og mener absolut ikke, at dette har nogen som helst indflydelse på hverken [klageren], [klagerens ægtefælle] eller nogen af deres engagementer – ikke bare hos deres forsikringsselskab, men også alle andre steder, da det vedrører [klagerens barns] eget cpr-nr. Da konsulenten var på besøg, underskriver [klagerens barn], at der gerne må indhentes oplysninger omkring [klagerens barn] ligeledes. Var det [klagerens barns] mening at lægge skjul, kunne [klagerens barn] lade være med at underskrive. Desuden kunne [klagerens barn] samme dag blot indbetale de 5.000,- og blive slettet akkurat. Men det er en sag, som [klagerens barn] mener at have på sin side, og så længe det ikke har nogen større indflydelse på [klagerens barns] hverdag og liv, afventer [klagerens barn], at sagen /[inkassofirma 1], trækker denne tilbage. [Klageren] og [klagerens ægtefælle] ved intet om dette, da de underskriver, idet det ikke har nogen betydning for [klagerens barn], så slet ikke [klageren] og [klagerens ægtefælle]. Det vedrører [klagerens barns] egen økonomi, som [klageren] og [klagerens ægtefælle] ikke er inde over. Det er ikke [klagerens] pligt at vide disse private forhold, selvom vi er familie, idet [klagerens barn] har ret til privatliv. Desuden agerer [klageren] i fuldstændig god tro og forventer ikke, at nogen af de 3 medlemmer er registreret, da tingene normalt ellers kører fint. Selv hvis [klageren] havde oplyst, at [klagerens barn] er registreret i RKI, har det ingen indflydelse for hans engagement, da det er ham, som er betaler og indehaver af forsikringerne. Ser man hans betalingshistorik igennem årene, kan det let konkluderes, at der aldrig er udfordringer med ham som kunde. Derfor er [klageren] stadig handlende i god tro, da han ikke havde forudset dette, idet [klagerens barn] ellers ikke har haft økonomiske udfordringer, der kunne vække mistanke om RKI. Når man er i god tro, og når man tror, at alting stemmer, vil man af ren natur ikke undersøge noget, som man er sikker på. Derfor kan dette argument heller ikke benyttes i tilfældet her!! Det er ligeledes værd at nævne, at [klagerens barn] aldrig har haft skader hos [tidligere forsikringsselskab] via [klagerens] forsikringer, og derfor ses der heller ikke nogen relevans for, at dette skulle afvise forholdet mellem [klageren] og [selskabet].

Vi kan forstå, at [selskabet] er irriteret over, at vi ønsker at gøre brug af vores forsikring. Men vi har desværre været ude for et indbrud, som har været værre, end hvad vi forventede. Det har ikke som sådan været store ting, som er bestjålet, men det har været værdisager, som vi beder om at få erstattet, for hvorfor har man ellers en indboforsikring?! Aldrig har vores hjem været bestjålet! Aldrig – gudskelov!! Men desværre er det på omløb her i ... og i det kvarter, som vi bor i. Efter vores indbrud, er der desværre kommet flere, hvilket ses i [egn]-facebookgruppen. Især er det gået udover [klagerens barns] værelse, i hvilken [klagerens barn] har haft mange værdisager.

[Klagerens barn] bruger mange penge på tøj, sko og smykker! Det er også det image, [klagerens barn] sender til sine omgivelser, og derfor får [klagerens barn] også ret mange dyre gaver – både fra familien, ex-forloveren og kæresten. Meget af det kan vi ikke dokumentere, for det er absolut ikke alt, man gemmer bons på (Det gør vi dog nu), men heldigvis har vi haft meget af det på billede, og [klagerens barn] husker hver gave i detaljer! Vi ønsker derfor, og mener, at vi er berettiget

til at få den erstatning, som vi kan dokumentere, via den forsikring som siden 1.dag er blevet betalt rettidigt. Desuden ønsker vi at gøre opmærksom på, at dette har taget hårdt på os, for vi har mistet noget værdi, gaver og minder, som vi ikke kan få tilbage, og som ikke er blevet fundet! Det er derfor også en følelsesmæssig skade, vi alle har fået os. Det er slet ikke en rar oplevelse, og slette ikke denne procedure, som vi er igennem! Forestil jer, hvordan det er at komme hjem til et hjem, der er vendt på hovedet, og en hoveddør, der er smadret.... Det er gyseligt... Det, at der har været en anden i dit hjem, rørt og pillet ved dine ting....

Vi har i forvejen haft et hårdt år bag os, da [klagerens ægtefælle] har været tumorramt på lungerne og hasteindlagt! Denne erstatning har [selskabet] givet, men ønsker nu tilbagebetalt! Også dette ønsker vi at sige fra til, da alt dokumentation har været givet! Alt fra lægeerklæringer til billetter og billeder! Desuden har [selskabet] DA haft mulighed for at tjekke op på info omkring [klageren], men ser bort på det tidspunkt!! Derefter har alt kørt som normalt! Hvorfor har man ikke tjekket op allerede ved brugen af rejseforsikringen?! Pengene til operationen har været lånt og tilbagebetalt efter [selskabet] har udbetalt erstatning! Derfor kan [selskabet] ej heller få disse penge tilbage, og de har ikke ret til at sende sagen til [inkassofirma 2], når vi har sagen kørende i Ankenævnet! Mulige gebyrer vil blive betalt af [selskabet]!

Vi gør endnu en gang opmærksom på, at sagen har været hos advokat! [Klageren] har under alle punkter handlet i absolut god tro og har derfor ret til at få erstatning for indbruddet, hvilken der rettidigt er betalt til! Det accepteres og forstås selvfølgelig, at ikke hele summen vil blive erstattet: Først og fremmest, fordi meget har til dags mistet værdi, og sekundært fordi meget af dette ikke kunne dokumenteres via bons. I stedet har dokumentationen været bestående af billeder.

Det forventes derfor, at Ankenævnet tager ovenstående til behandling og bedømmer, at [klageren] her er udvidende omkring processen i detaljer og ikke på noget tidspunkt har villet gøre noget mod lov og pligt, men absolut i god tro!"

Selskabet har i brev af 15/11 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Vi har noteret os, at klager gør en del ud af at forklare nævnet, at han er en god kunde, og at han overholder sine betalingsforpligtelser mm. Uanset hvor god en kunde klager mener, at han er, så ændrer det ikke på, at det er de faktiske omstændigheder i nærværende sag, der er genstand for nævnets bedømmelse.

Faktum er, jf. vores besvarelse af 25. september 2019, at klager objektivt set har afgivet urigtige oplysninger [faktisk forkerte oplysninger] ved ikke at oplyse korrekt [mod bedre vidende] om sin skadehistorik samt [klagerens barns] registrering i RKI, hvilket må tilregnes klager som mindst uagtsomt.

Det bemærkes i den forbindelse, at selvom det er klager, der er registreret som forsikringstager, så er det hele husstanden, der er genstand for forsikringen, hvorfor øvrige medlemmer af husstandens anmeldelser til tidligere selskaber og registreringer i RKI mv. er relevante informationer i relation til bedømmelsen af, hvorvidt selskabet ønsker at tegne forsikring eller ej. Uvidenhed om fx [klagerens barns] registrering i RKI kan derfor ikke bruges som undskyldning, og klagers subjektive holdninger til, hvilke oplysninger der er relevante og ikke relevante er uden betydning her.

Præmissen om, at de urigtige oplysninger desuden skyldes sproglige vanskeligheder er som tidligere nævnt ikke gangbar. Se blot de første 3 afsnit af klagers seneste indlæg. Der er intet i sagen, der peger på, at klager ikke har forstået, hvad hans accept indebar. Klager har desuden som nævnt haft flere lejligheder til at spørge, hvis det antages, at han ikke forstod, hvad der blev sagt/skrevet, da problemstillingen har været oppe flere gange, men det har altså ikke været tilfældet. Det forhold at klager måtte have skrevet under på et dokument, som han ikke har forstået, kan ikke efterfølgende komme selskabet til skade, der i så fald hverken indså eller burde have indset, at klager ikke havde forstået indholdet af aftalen.

Det kan som nævnt også lægges til grund, at selskabets indtegningsregler viser, at man ikke ville have tegnet forsikringerne, hvis man havde været bekendt med de korrekte oplysninger. For at selskabet kan tilbyde billige forsikringer med overordnet samme indhold som de dyre, er der en række forhold man er nødt til at iagttage, herunder fx strenge indtegningsregler, således man til en vis grad sikrer, hvem man indgår aftaler med. Klagers anbringende om, at andre selskaber ville have tegnet forsikringen, uanset rigtige oplysninger var givet, tvivles der i øvrigt på. Under alle omstændigheder er argumentet udokumenteret.

I relation til indtegningsmaterialet, hvor det fremgår, at der gives samtykke til, at selskabet kan indhente relevante kundeoplysninger hos nuværende eller tidligere selskaber, så er det ikke ensbetydende med, at det de facto sker. Det er blot en mulighed for selskabet til at kontrollere de afgivne oplysninger, hvis der er mistanke om urigtige oplysninger. Under ingen omstændigheder betyder det, at det friholder klager fra at give selskabet rigtige oplysninger ved indtegningen.

For god ordens skyld bemærkes det på ny at uanset, hvorledes korrespondancen i sagen er sket i relation til det anmeldte forhold, så burde korrespondancen udelukkende være sket med forsikringstager, medmindre der forelå en fuldmagt. Selvom kommunikationslinjen i sagen således ikke har været korrekt og konsekvent, så kan det ikke ændre på udfaldet af sagen, da dette materielt ikke har betydning for bedømmelsen af sagen."

Klagers barn har i brev af 2/12 2019 til nævnet bl.a. anført:

"[Selskabet] starter med at lægge ud, at [klageren] argumenterer imod forsikringens strenge virkninger, fordi han i sin forrige henvendelse forsøger at bevise, hvorfor han er en god kunde, og at det faktum ikke har nogen betydning for sagen her. Selvom denne kendsgerning er fuldkommen realitet og ikke til fordel for [selskabet], så er det absolut en information, der er indflydelsesrig på Nævnets beslutning. Og selvfølgelig skal [klagerens] 'forsikrings-fortid' belyses her, da [selskabets] behandling er urimelig. Hvis vi tager udgangspunkt i, at de rigtige oplysninger var givet fra start af, ville man have lavet en gennemgang af [klagerens] forsikringsengagement hidtil, og denne taget i betragtning ville man danne en pris, der muligvis ville være højere, men man ville ikke decideret afvise [klageren] som kunde. ENDNU en gang er det værd at oplyse, at alle [klagerens] skader vedrører rejseforsikringen, og aldrig indboen – heldigvis. Derfor tyder alt på, at [klageren] altid har handlet i god tro og god samvittighed, og at det i realiteten ikke ændrer på den indboforsikring, som er stiftet hos [selskabet] alligevel. Havde rigtige oplysninger været givet, ville de have altså haft indflydelse på rejseforsikringen (dens pris), men ikke hele kundeengagementet.

[Selskabet] oplyser desuden, at [klageren] anses for at være 'mindst uagtsom'. [Klageren] synes, at det er en for hård titel at give ham, da han i alle disse år har været ordentlig og god kunde med alle sine engagementer. Selvom [selskabet] også mener, at [klageren] bør have undersøgt rki-status

på husstanden, så vil både [klagerens ægtefælle] og [klagerens barn] stadig kunne fortie registreringen – ikke i ond tro, men fordi både [klagerens barn] og [klagerens ægtefælle] kunne have ment, at det ikke har nogen betydning, hvilket det stadig menes ikke at have, da alt er rettidigt og ordentligt betalt og aftalt – og alt kører via [klageren] som hovedperson og hans PBS og derfor uden betydning! Derfor kunne [klageren] på ingen tidspunkt have givet andre oplysninger, selv hvis han havde undersøgt nærmere. Med følgende kan det konkluderes, at [selskabet] hæfter for ansvaret, da det ifølge forsikringsaftaleloven om RKI § 5. fortælles: *'Må det antages, at forsikringstageren ved forsikringens tegning hverken vidste eller burde vide, at en af ham given oplysning var urigtig, hæfter selskabet, som om urigtig oplysning ikke forelå.'*

Forsikringen har derfor ikke ret til de hårde titler. På baggrund af de skader, [klageren] har haft, er der intet, der tyder på, at [klagerens] skade ville forekomme, og den skal derfor ikke bortses! Skaden vedrører indboen og noget, som [klageren] el husstanden aldrig har været udsat for – gu'ske-lov!

I relation til det 7. afsnit, side 2, der omhandler indtegningsmaterialet, oplyses der: *'.. Selskabet kan indhente relevante kundeoplysninger hos nuværende eller tidligere selskaber, så det ikke ensbetydende med, at det er de facto, der sker'*. Efter at have undersøgt Trustpilot og utilfredse kunder, er det til at se, hvorledes [selskabet] handler efter egen interesse, og ikke det, som er retsligt og professionelt: [Selskabet] får allerede tilladelsen fra start af til at undersøge muligheder. Så selvom [klageren] ikke sætter sig fuldkommen ind i sagen, og mener at have forstået, når han underskriver, kunne [selskabet] selv havde taget initiativ for at sikre, hvilken kunde [selskabet] får ind. IKKE BARE ved indtegnelsen, men også når [selskabet] modtager anmeldelsen af 1. skade, når [klagerens ægtefælle] bliver syg. Desuden også ved erstatning af telefonen. Derfor er det til at se, at [selskabet] højst sandsynligt ønsker at vækste, tage kunder ind, men ikke være der, når behovet reelt opstår. I stedet ses der bort fra skader, der rent faktisk ikke bare medfører materielt tab, men også psykisk og følelsesmæssig tab. Det kan ikke være vores problem, at [selskabet] oplyser, at de KAN foretage en undersøgelse, men ikke gør det. [Selskabet] har ligeså stort ansvar for at tjekke sine kunder, som det påstås at kunden har givet usand oplysning. Det kan forestilles, at [klageren] ikke er den eneste, der har givet forkert information, og nok heller ikke den sidste, da fejl a lá disse nok kan forekomme, og det er derfor ligeså vel [selskabets] forpligtelse at undersøge kunden nærmere. Det er måske ulempen ved fjernsalg, men da konsulenten har været på besøg hos familien, kan vedkommende bekræfte [klagerens] sprogkundskaber. Ligeledes kan konsulenten bekræfte oplysningen fra sidste henvendelse, at [klageren] ikke har haft skader ved bil eller indbo hos tidl. forsikringsselskab i så mange år.

Absolut samme behandling har mange andre utilfredse kunder oplevet, idet de anmelder forsikringsselskabet og oplyser, at [selskabet] aldrig ringer tilbage på det aftalte tidspunkt, besvarer ikke kunders henvendelser, oplever dårligt kundeservice m.m. Ergo, [selskabet] sid der med inkompetente medarbejdere, der sender opgaver blandt hinanden, afdelinger og samarbejdspartnere, men formår ikke at fuldføre – hverken indenfor deadline, eller korrekt.

Slutvis kan det altså konkluderes, at [selskabet] hverken handler professionelt i form af at være der for kunden, og ej heller ift. de lovpligtige kommunikationstilgange, [selskabet] har som forsikringsselskab. [Selskabet] mener, at *'Selvom kommunikationslinjen i sagen således ikke har være korrekt og konsekvent, så kan det ikke ændre på udfaldet af sagen'*. Det kan muligvis ikke ændre på udfaldet, men det har absolut stor betydning for sagens korrespondance, orden – og mest af alt TRYGHED! At man ca. 6 mdr. efter vælger at indhente fuldmagt, men dertil har oplyst ALLE informationer til en person, som [selskabet] egentlig ikke har bevis på at være [klagerens barn], be-

tyder, at GDPR-loven er brudt: ALLE data, inkl. de følsomme persondata, er både oplyst via telefon og mail uden at være sikre på, at det er [klagerens barn]. Hele processen indikerer derfor, at medarbejderne ikke er uddannet i PIA (konsekvensanalysen), og at den databeskyttelsesansvarlige ikke formår at implementere disse retningslinjer iblandt sine medarbejdere. Bruddet på GDPR-loven kunne have medført tab af fortrolighed af data underlagt tavshedspligt og begrænsning af [klagerens] rettigheder! Ikke nok med, at et brud har fundet sted, så har den tidsmæssige udstrækning på bruddet været ca. 6 mdr., inden en fuldmagt blev forlangt. Alvorligheden menes nok ikke at være stor, da informationerne er givet til [klagerens barn], men vi kan på intet tidspunkt være sikker på, at [selskabets] mangel på professionalisme og datasikkerhed ikke har medført, at personoplysninger er i besiddelse af uvedkommende?!

På baggrund af ovenstående er det rigtig ærgerligt, at denne situation er opstået, da det vil menes, at [selskabet] ligeså vel er skyldig i situationens opståen. ALTSÅ IKKE indbruddet, men selve sagens afgørelse, fordi [selskabet] først nu reagerer på noget, som kunne være forhindret, hvis de havde ageret i tide. Derfor hæfter forsikringen for skaden, og vi har som kunde, der altid har betalt rettidigt, ret til erstatning af de stjålne genstande, for det er absolut noget af det værste, man kan opleve som menneske. Desuden ønsker vi absolut ikke at tilbagebetale nogen som helst erstatning, da alt har været handlet i god tro, med diverse beviser – skriftlige som mundtlige og fysiske. Ifølge forsikringsloven og urigtige oplysninger kan det yderligere vurderes, at den retslige afgørelse, som Nævnet foretager til sidst, vil være til familien ...'s fordel."

Sekretariatet har ved brev af 17/1 2020 anmodet selskabet om yderligere oplysninger. Selskabet har i brev af 3/2 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Som **Bilag 14** fremlægges svar fra [tidligere forsikringsselskab] af 29. april 2019, hvor det fremgår, at *'der har fra 2016 og frem til nu været 4 skader på forespurgte kunde – yderligere 2 skader på en anden i husstanden. Fra 2011 – til 2016 er der 9 anmeldte skader på rejseforsikringen'*. Desuden fremgår de anmodede oplysninger.

Som **Bilag 15** fremlægges udskrift fra debitorregisteret, hvoraf det fremgår, at [klagerens barn] har været registreret siden 2017.

Da oplysninger modtaget fra [tidligere forsikringsselskab] og RKI viser, at de afgivne oplysninger ved indtegningen om antal af skader/registrering i RKI ikke er korrekte, er forsikringerne blevet opsagt med henvisning til Forsikringsaftalelovens §6, stk. 1, da selskabets indtegningsregler viser, jf. Bilag 7 [Fortroligt materiale], at klager falder under den såkaldte 'NEJ-risiko', hvorefter selskabet ikke ville have tegnet forsikringerne, om de rette forhold havde været oplyst. Jeg henviser i den forbindelse til vores besvarelse til nævnet af 25. september 2019. Forsikringen er således blevet opsagt 'med tilbagevirkende kraft', dvs. som om der aldrig har været indgået forsikringsaftaler med klager, jf. Bilag 9, hvorefter allerede udbetalt erstatning er krævet tilbagebetalt. I relation til beløbets størrelse henvises til **Bilag 16**, hvor det fremgår, at beløbet udgør kr. 48.608,24. Beløbet fordeler sig over 3 skader og anerkendelsesbreve er som anmodet vedlagt som Bilag 17."

Klagerens barn har i brev af 10/2 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Efter at have læst besvarelsen fra [selskabets repræsentant] d. 4.2.'20, ønsker jeg at benytte mig af lejligheden og give min bemærkning, da det tilsendte dokumenterer mine/vores tidligere bemærkninger.

Som det fremgår af mailen fra [tidligere forsikringsselskab], er kundeengagementet hos [tidligere forsikringsselskab] ikke blevet opsagt. Naturligvis ikke, for jeg har været deres loyale kunde i virkelig mange år. Som nævnt skiftede vi til [selskabet] blot af den årsag, at det kunne blive billigere, og jeg egentlig ikke tidligere har været vant til forsikringstjek.

Selvom det ikke kan udredes, hvilke skader det vedrører hos [tidligere forsikringsselskab], så har jeg/vi flere gange forsøgt at forklare, at det har vedrørt skader på rejseforsikringen, som det pr overskrifter også fremgår af bilag 14, og at [klageren] derfor handler i god tro. På intet tidspunkt fremstår [klageren] som en illoyal kunde – hverken hos [tidligere forsikringsselskab] el [selskabet]. Desværre rejser [klagerens ægtefælle] og [klageren] af og til, og derfor er chancen for skader såsom mistet bagage ret stor. Desuden er begge to i årene, hvor sygdom også kan være tilfældet. Især med [klagerens ægtefælles] dårlige helbred, som bl.a. fik konstateret [sygdom] OGSÅ på rejsen, og som blev erstattet af [selskabet].

Endnu en gang ønsker jeg at nævne, at selv hvis 'rigtige oplysninger' var givet ved etablering af kundeengagementet hos [selskabet] i 2018, så ville de givne oplysninger ikke have haft indflydelse på selve indboforsikringen, men hvis det skulle have nogen indflydelse, så blot rejseforsikringen, fordi der på indboen absolut ikke er skader! Det er første gang, at vi har været ude for, at tyveri er sket, og desværre bærer vi stadig på ubehag efter ulykken. Både psykisk, fysisk, men også materielt. ISÆR [klagerens barn], som går op i mærkevarer – mode og tøj, og som har mistet meget værdi ved uheldet.

På baggrund af ovenstående ser jeg/vi det ikke relevant, at yderligere bør oplyses. Det er let at indse, hvorfor der sker nedlukning af selskabet i Danmark, da der desværre ingen professionalisme eller ansvar er at hente hos [selskabet]. Ej heller faglige og kvalitetsbevidste medarbejdere, der yder god kundeservice selv i vanskelige situationer.

Jeg/vi håber blot, at vi snart får sagen afgjort, da det ikke bare følelsesmæssigt gør ondt, at nogen har pillet i din lejlighed, men belaster også psykisk, at en sådan umenneskelig situation som et tyveri, ikke kan løses enklere og blive erstattet, når uheldet har været ude. Hvorfor har vi så en forsikring, som vi hver gang rettidigt har betalt?!

Jeg/vi er glade for at have været så loyale kunder hos [tidligere forsikringsselskab], da det er med til at dokumentere både kundeprofilen, men også den gode tro, [klageren] til en hver tid har handlet i. Det er dejligt, at man har en forsikringsfortid, der belyser sandheden – også i denne sag hos [selskabet]."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af mail af 25/6 2018 fra selskabet til klageren fremgår bl.a.:

"Som aftalt sender vi dig her et forsikringstilbud.

Forsikring	Tilbuds-	Årlig pris i alt
------------	----------	------------------

Ankenævnet for Forsikring

14.

94060

	nummer	
Bil DMR	...	kr. 2.853
Indbo	...	kr. 1.660
Rejse	...	kr. 805
Ulykke	...	kr. 1.147

Hvis du ønsker tilbuddet, skal du besvare denne e-mail med et 'ja tak' og skrive dit fulde navn inden 30 dage fra tilbudsdato.

Hvis du har nogen ændringer til tilbuddet, beder vi dig kontakte os.

Med et 'ja tak' bekræfter jeg købet af den/de tilbudte forsikring(er) og giver [selskabet] samtykke til:

- at opsige eventuelle forsikringer.
- at [selskabet] indhenter relevante kundeoplysninger om mine forsikringer, fx dækningsoplysninger, skadeforløb, opsigelser, skærpede vilkår, dog ikke helbredsoplysninger, hos mit nuværende eller tidligere selskab.
Oplysningerne kan anvendes i forbindelse med køb og/eller flytning af mine skadesforsikringer.
- at [selskabet] videregiver oplysninger til Insr Insurance Group for at kunne administrere forsikringen.
- at [selskabet] fremadrettet må kontakte mig med individuel rådgivning og yderligere informationer om eksisterende og nye og forbedrede forsikringsmuligheder, hvor samtykket til enhver tid kan tilbagekaldes.

Derudover bekræfter jeg, at ingen medlemmer af husstanden:

- har fået afslag på at blive kunde i [selskabet], ikke er blevet opsagt af [selskabet] og ikke er i restance i [selskabet]
- er blevet opsagt eller er i restance med forsikringer i nogen forsikringsselskaber (med eller uden afdragsordning)
- er registreret i et skyldnerregister, såsom RKI
- har fået ekstraordinær tvungen højere selvrisiko/pris i nogen forsikringsselskaber inden for de sidste 3 år.

Slutteligt bekræfter jeg at have læst og forstået de vedhæftede dokumenter som har indflydelse på min pris og dækning, samt at antallet af oplyste skader som anført i dokumenterne, er korrekte."

Af tilbud på bilforsikring af 25/6 2018 fremgår bl.a.:

"Forudsætning for pris og dækning	
Samlet antal skader de seneste 3 år	0
År som fast bruger af bil (ejer)	30
Pristrin (1-8)	8"

Af tilbud på indboforsikring af 25/6 2018 fremgår bl.a.:

Ankenævnet for Forsikring

15.

94060

"Forudsætning for pris og dækning	
Samlet antal skader de seneste 3 år	0"

Af tilbud på rejseforsikring af 25/6 2018 fremgår bl.a.:

"Forudsætning for pris og dækning	
Samlet antal skader de seneste 3 år	0"

Af tilbud på ulykkesforsikring af 25/6 2018 fremgår bl.a.:

"Forudsætning for pris og dækning	
Samlet antal skader de seneste 3 år	0"

Af selskabets generelle købsinformation bilagt forsikringstilbuddene fremgår bl.a.:

"Din forsikringsaftale

Når du får et tilbud på dine forsikringer, eller når du indgår en forsikringsaftale, giver du oplysninger til [selskabet] om forskellige forhold, fx tidligere skader i andet forsikringsselskab. Vi har lavet din forsikring eller givet dig et tilbud på baggrund af disse oplysninger. Du skal være opmærksom på, at hvis du har givet os forkerte oplysninger, kan det få betydning for dækning og erstatningsudbetaling ved en eventuel skade.

Hvis du opdager fejl i de oplysninger, du har givet os, skal du straks meddele det til [selskabet].

Når du har accepteret et tilbud inden for fristen på 30 dage, har du samtidig givet os dit samtykke til, at vi kan indhente oplysninger og få bekræftet de afgivne informationer hos evt. tidligere forsikringsselskab."

Af mail af 29/4 2019 fra klagerens tidligere forsikringsselskab fremgår bl.a.:

"Efter aftale fremsende hermed skadeanmeldelser.

Kunden er ikke opsagt...

Der har fra 2016 og frem til nu været 4 skader på forespurgt kunden – yderligere 2 skader på en anden i husstanden. Fra 2011 – til 2016 er der 9 anmeldte skader på rejseforsikringen.

Den 20. 10. 2016 anmeldt mistet bagage – udbetalt 4509,00 kr.

Den 01.05.2017 anmeldt sygdom under rejse – udbetalt 147,22 kr.

Den 17.05.2017 Tilskadekomst på rejse – tandskade – udbetalt 3755,29 kr.

Den 14.01.2018 Tilskadekomst på rejse – tandskade – afvist..

Der er ikke lavet skriftlige anmeldelser på dem alle. Men har lige vedlagt forsiden."

Af brev af 8/5 2019 fra selskabet til klageren fremgår bl.a.:

Ankenævnet for Forsikring

16.

94060

"Tilbagebetaling af uberettiget erstatning

Hermed fremsendes opkrævning for tilbagebetaling af uberettiget erstatning for kunde nr. ...

Tekst	Total
Skyldigt beløb vedr. skadenr. [1]	1.160 kr.
Skyldigt beløb vedr. skadenr. [2]	4.883 kr.
Skyldigt beløb vedr. skadenr. [3]	42.565,24 kr.
I alt kr.	48,608,24 kr."

Af brev af 26/11 2018 fra selskabets samarbejdspartner til klagerens ægtefælle fremgår bl.a.:

"Vi har på vegne af [selskabet] færdigbehandlet din sag vedrørende akut sygdom/tilskadekomst.

Erstatningsopgørelse

- Behandling [udenlandsk valuta 1] 255.116: DKK 15.956,00
- Blodprøve [udenlandsk valuta 2] 94: DKK 701,26
- Medicin [udenlandsk valuta 1] 7837,41: DKK 490,17
- Flybilletter: DKK 12.526,00
- Taxa [udenlandsk valuta 1] 62.200: DKK 3.907,84

Total erstatning: DKK 33.581,27"

Af brev af 20/12 2018 fra selskabets samarbejdspartner til klagerens ægtefælle fremgår bl.a.:

"Vi har på vegne af [selskabet] færdigbehandlet din sag vedrørende akut sygdom/tilskadekomst.

Erstatningsopgørelse

- Udgift mad og taxa: DKK 4281,26
- Ekstra ophold [udenlandsk valuta 2] 630: DKK 4702,71

Total erstatning: DKK 8983,97"

Af mail af 8/1 2019 fra selskabet til klagerens barn fremgår bl.a.:

"Skaden fra den 23.12., hvor [klagerens familiemedlem] river dugen ned fra bordet. Den mobiltlf. har vi ingen fotos af, så det må du meget gerne sende. Når jeg har fotos af den, så kan vi erstatte den med 3.085 kr. minus 30% = 2.160 kr. minus selvrisko på 1.000 kr.

Den 1. skade fra 19. 12., hvor din far kører over din mobiltlf., den skade har nu fået nr. [2]. Erstatningen for den er 5.883 kr. minus selvrisko på 1.000 kr."

Nævnet har fået forelagt selskabets interne indtegningsregler.

Nævnet udtaler:

Ankenævnet for Forsikring

17.

94060

Klageren har købt bil-, indbo-, rejse- og ulykkesforsikring pr. 1/8 2018. Han fik tilsendt mail af 25/6 2018, hvoraf det blandt andet fremgår, at "Derudover bekræfter jeg, at ingen medlemmer af husstanden: ... er registreret i et skyldnerregister, såsom RKI", samt "Slutteligt bekræfter jeg at have læst og forstået de vedhæftede dokumenter som har indflydelse på min pris og dækning, samt at antallet af oplyste skader som anført i dokumenterne, er korrekte". Af tilbud på henholdsvis bil-, indbo-, rejse- og ulykkesforsikring fremgår det under punktet "Forudsætning for pris og dækning", at der er svaret "0" til antal skader de seneste 3 år.

Klageren har anmeldt et indbrudstyveri i boligen sket omkring den 15/3 2019. Han er utilfreds med, at selskabet har afvist at dække indbruddet, og at selskabet har krævet allerede udbetalte erstatninger tilbagebetalt.

Selskabet har den 2/5 2019 opsagt klagerens bilforsikring (bortset fra ansvarsdækning), indbo-, rejse- og ulykkesforsikring med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet og har afvist at yde dækning for det anmeldte indbrud. Selskabet har anført, at klageren har afgivet urigtige oplysninger ved tegningen, da han ikke har oplyst om tidligere anmeldte skader inden for de seneste tre år, og at et medlem af husstanden er registreret i RKI. Selskabet ville i henhold til dets indtegningsregler ikke have tegnet forsikringerne, såfremt korrekte oplysninger var givet. Selskabet har krævet, at klageren tilbagebetaler allerede udbetalt erstatning på 48.608,24 kr. fordelt på tre skader.

Klagerens barn har blandt andet anført, at der på grund af sprogvanskeligheder er givet forkerte oplysninger om tidligere skader, at klageren ikke kendte noget til barnets registrering i RKI, at klageren ikke ville have skrevet under på, at der måtte indhentes oplysninger herom, hvis han havde haft noget at skjule, at selskabet selv kunne have indhentet de relevante oplysninger, og at klageren har handlet i god tro, jf. forsikringsaftalelovens § 5. Selv om der var givet rigtige oplysninger ved indtegningen, ville oplysningerne ikke have haft indflydelse på selve indboforsikringen, og hvis det skulle have nogen indflydelse, ville det alene have været på rejseforsikringen.

Af mail af 29/4 2019 fra klagerens tidligere forsikringsselskab fremgår det, at "der har fra 2016 og frem til nu været 4 skader på forespurgt kunde – yderligere 2 skader på en anden i husstanden. Fra 2011 – til 2016 er der 9 anmeldte skader på rejseforsikringen. Den 20.10.2016 anmeldt mistet bagage – udbetalt 4509 kr. Den 01.05.2017 anmeldt sygdom under rejse – udbetalt 147,22 kr. Den 17.05.2017 Tilskadekomst på rejse – tandskade – udbetalt 3755,29 kr. Den 14.01.2018 Tilskadekomst på rejse – tandskade – afvist".

Efter en gennemgang af sagen er der i nævnet enighed om, at klageren i forbindelse med købet af forsikringerne har afgivet urigtige oplysninger, da han har bekræftet, at ingen medlemmer af husstanden er registreret i et skyldnerregister.

Nævnets flertal udtaler herefter:

Da der dels er tale om et enkelt og klart spørgsmål, dels at et voksent hjemmeboende barn kan have en ikke ubetydelig indflydelse på den risiko for skader, som de tegnede forsikringer skal dække, finder flertallet, at klagerens afgivelse af den urigtige oplysning om registrering i et skyldnerregister må tilregnes ham som mindst uagtsomt. Det af klageren anførte om sprogvanheligheder kan under henvisning til spørgsmålets enkelthed og klarhed ikke føre til andet resultat.

Selskabet har fremlagt sine indtegningsregler, hvoraf det fremgår, at "en kunde der er registreret i et skyldnerregister er en nej-risiko og skal skriftligt via mail anmode om tilbud på de lovpligtige forsikringer som ønsket". Registrering i RKI indebærer således ikke nogen individuel vurdering af, om der kan tegnes forsikringer udover de lovpligtige, idet en sådan kunde er en nej-risiko.

På denne baggrund, og selv om det ikke fremgår udtrykkeligt af indtegningsreglerne, at selskabet ikke indtegner kunder, hvis andre medlemmer af husstanden – herunder et barn – er registreret i et skyldnerregister, finder flertallet også under hensyn til formuleringen i den mail,

som klageren har skulle forholde sig til, at det kan lægges til grund, at selskabet administrerer og har været berettiget til at administrere indtegningsreglen således, at der heller ikke tegnes forsikringer for en kunde, hvis andre medlemmer i husstanden – end selve kunden – er registreret i et skyldnerregister.

Som følge heraf finder flertallet, at selskabet har været berettiget til at opsig klagerens forsikringer med henvisning til barnets registrering i RKI. Opsigelsen kan ske med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet.

Det følger af almindelige forsikringsretlige principper, at et forsikringsselskab, der har udbetalt erstatning i et tilfælde, hvor det ikke har været forpligtet til det, som hovedregel kan kræve den udbetalte erstatning tilbagebetalt. Denne hovedregel kan fraviges efter principperne om *condictio indebiti*, hvis modtageren har været i god tro om sin berettigelse til beløbet.

Efter en gennemgang af sagen kan flertallet ikke kritisere, at selskabet har krævet tilbagebetaling af de udbetalte erstatninger på 48.608,24 kr.

Der er blandt andet lagt vægt på graden af klagerens uagtsomhed. Det bemærkes i den forbindelse, at klageren tillige har undladt at oplyse om samtlige tidligere skader på rejseforsikringen, og at det tydeligt fremgår af selskabets generelle købsinformation bilagt forsikringstilbuddene, at afgivelse af forkerte oplysninger kan få betydning for dækning og erstatningsudbetaling ved en eventuel skade.

Det fremgår ikke af den fremlagte korrespondance, om selskabet har tilbagebetalt den præmie, som klageren har betalt for forsikringerne. Hvis selskabet ikke har tilbagebetalt præmien, er det forpligtiget hertil, idet det bemærkes, at præmien kan modregnes i selskabets tilbagebetalingskrav i forhold til de allerede udbetalte erstatninger.

Nævnets mindretal udtaler:

Det fremgår ikke af selskabets indtegningsregler, at der ikke indtegnes kunder, hvis andre medlemmer af husstanden – herunder et barn – er registreret i et skyldnerregister. Det ses således ikke godtgjort af selskabet, at det ville have afvist at tegne forsikringerne, hvis der var svaret korrekt på spørgsmålet om registrering i RKI.

På baggrund heraf finder mindretallet, at selskabet ikke har været berettiget til at opsige klagerens forsikringer med henvisning til barnets registrering i RKI.

Spørgsmålet er herefter, om klageren har afgivet urigtige oplysninger for så vidt angår antallet af tidligere skader.

Efter en gennemgang af sagen finder mindretallet, at selskabet ikke har bevist, at klageren uagtsomt har afgivet urigtige risikooplysninger i forbindelse med tegningen af bil-, indbo- og ulykkesforsikringen, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1.

Der er blandt andet lagt vægt på det samlede forsikringstilbuds opbygning, hvor der for hver forsikringstype er et selvstændigt tilbud med eget tilbudsnummer. Forsikringstilbuddet er bygget op på en sådan måde, at der på henholdsvis bil-, indbo-, rejse- og ulykkesforsikring alene spørges ind til antal skader de seneste 3 år for så vidt angår den enkelte forsikringstype.

Der er endvidere lagt vægt på, at klageren ved mail af 25/6 2018 alene er blevet bedt om at bekræfte, at "antallet af oplyste skader som anført i dokumenterne, er korrekte", hvilket er tilfældet for så vidt angår bil-, indbo- og ulykkesforsikringen. Det bemærkes, at selskabet i mail af 25/6 2018 kunne have gjort det helt klart for klageren, hvis selskabet havde til hensigt at spørge ind til det samlede antal skader de seneste 3 år for så vidt angik alle forsikringstyper.

Da selskabet ikke har bevist, at klageren har haft skader på henholdsvis bil-, indbo- eller ulykkesforsikringen inden for de seneste 3 år, har selskabet - efter en konkret vurdering af det

fremsendte tilbuds opbygning og ordlyd - ikke været berettiget til at opsige bil-, indbo- og ulykkesforsikringen med tilbagevirkende kraft.

Mindretallet bemærker, at det er uden betydning, hvordan selskabet administrerer sin indtægt, når selskabet i begæringen alene spørger til antal skader på den enkelte forsikringstype. Der henvises i den forbindelse til betragtningerne i afgørelsen i sag 93002, hvis fakta dog er noget anderledes.

Mindretallet finder, at klageren i forbindelse med tegningen af rejseforsikringen har afgivet urigtige oplysninger, da han har undladt at oplyse om tidligere skader på rejseforsikringen de seneste 3 år, og at det må tilregnes ham som mindst uagtsomt.

Selskabet har bevist, at det i henhold til indtegningsreglerne ikke ville have tegnet rejseforsikringen, hvis det rigtige forhold om tidligere skader var oplyst til selskabet. Mindretallet kan derfor ikke kritisere, at selskabet med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, har ophævet rejseforsikringen med tilbagevirkende kraft.

Selskabet har krævet, at klageren tilbagebetaler allerede udbetalt erstatning, som er fordelt på to skadede telefoner med henholdsvis 1.160 kr. og 4.883 kr. og akut opstået sygdom på en rejse med 42.565,24 kr.

Efter en gennemgang af sagen kan mindretallet ikke kritisere, at selskabet har krævet tilbagebetaling af den udbetalte erstatning for akut opstået sygdom på en rejse med 42.565,24 kr. Der er bl.a. lagt vægt på graden af klagerens uagtsomhed, idet han har undladt at oplyse om samtlige tidligere skader på rejseforsikringen, og at det fremgår tydeligt af selskabets generelle købsinformation bilagt forsikringstilbuddene, at afgivelse af forkerte oplysninger kan få betydning for dækning og erstatningsudbetaling ved en eventuel skade.

Selskabet har derimod efter mindretallets opfattelse ikke været berettiget til at rette et tilbagebetalingskrav mod klageren for så vidt angår allerede udbetalt erstatning for de to skadede

Ankenævnet *for* Forsikring

22.

94060

telefoner med henholdsvis 1.160 kr. og 4.883 kr., idet selskabet ikke har været berettiget til at opsige klagerens indboforsikring med tilbagevirkende kraft.

Der træffes afgørelse efter stemmeflertallet.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen

Udskriftens rigtighed bekræftes

Carsten Sennels