

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 4. marts 2020 blev i sag nr. 94186:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

NEM Forsikring
Danmarksvej 26
8660 Skanderborg

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har haft bilforsikring. I klageskema af 16/9 2019 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Forsikringsselskaberne (NEM/NEXT/[modpartens selskab]) godtager helt urimelige krav om skadesomfanget, der er vidner og sms, hvis oplysninger ikke svarer til de reparationer, der er blevet betalt. Der finder ingen partshøring sted, herunder kunne man have fået oplyst, at bilerne næsten ikke havde fart på, da der var bremsed ned. Der var flere biler involveret, hvoraf en stak af fra stedet. Den forankørende bil, der har krævet erstatning, kørte selv uforsvarligt. Derfor er der uenighed om skyld. Men selskaberne har internt afgjort dette. Endeligt, så har NEXT/Nem forsikring ikke rådgivet forsvarligt om at selvriskoen fordobles ved ung fører. De sælger forsikringerne online, og man kan skubbe på en bjælke og sætte selvrisiko. Visuelt tror man derfor, at man er sikker på maksimal risiko ved ansvar. Der er ingen advarsel eller guide til at denne grænse faktisk ikke altid gælder, det finder man langt inde i nogle pdf-filer, man selv skal downloade. Det opfatter vi som vildledende. Der går også ualmindelig lang tid, før man hører noget. Hele 9 måneder.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

De skal anerkende at de ikke har varetaget kundens interesse i den konkrete sag, og heller ikke på forsvarlig vis har informeret om forhøjet selvrisiko. Der må påhvile selskaber særlige regler for gennemsigtighed, når de sælger forsikringer online. Det må ikke være gemt af vejen, men skal være synligt og klart, at der faktisk ikke er et loft for selvriskoen. Der er tilmeldt en tekst under bestilling, der klart vildleder os kunder: 'Selvrisiko er den del af en skade, du selv skal betale'. Kort sagt, kunderne får intet at vide. Forsikringsselskabet ændrer løbende deres design, men vi har filmet en af sessionerne, hvoraf det fremgår."

Ankenævnet for Forsikring

2.

94186

Selskabet har i brev af 20/9 2019 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Sagsfremstilling:

... (herefter: Klager) tegnede hos NEXT Forsikring Forsikringsformidler A/S (herefter: NEXT) bilforsikring for bilen med reg. nr. ... med virkning fra den 5. september 2017. NEXT er forsikringsformidler med NEM Forsikring A/S (herefter NEM/Selskabet) som risikobærer, ligesom det er NEM, der skadebehandler for NEXT.

Polisen og forsikringsbetingelserne vedlægges som bilag A og B. Vær opmærksom på, at den vedlagte police er et print fra vores interne system, og derfor ikke visuelt fremstår på samme måde som den police, Klager har (haft) til rådighed i selvbetjeningen på www.next.dk. Indholdsmæssigt er der dog ingen forskel, herunder ift. dækninger, selvrisiko mv.

Den 8. november 2018 var Klagers bil involveret i et uheld. Skadeanmeldelse fra Klager vedlægges som bilag C.

Af skadeanmeldelsen fremgår det, at 'Forankørende rammer forankørende. Der er harmonika sammenstød på motorvejen. Den første bilist forsvinder. Vi to biler bliver tilbage. Den skyldige er væk'. Ligeledes fremgår det, at Klager ingen synlig skade kunne se på modpartens (den forankørendes) bil.

Selskabet modtog først skadeanmeldelsen, da Selskabet rettede henvendelse til Klager om, at Selskabet fra taksator havde modtaget en opgørelse over en skade på modpartens bil. Klager svarede i den forbindelse, at han ikke var klar over, at der var en skade på modpartens bil – og at modparten selv var kørt ind i en forankørende.

Af skadeanmeldelsen fremgår det ligeledes, at bilen blev ført af Klagers [barn], der havde lånt bilen. Klager var ikke selv til stede. Det fremgår ligeledes, at hastigheden var 80 km/t, mens modpartens hastighed var 90 km/t.

Selskabet modtog herefter en EDI-meddelelse fra modpartsselskabet, hvor det blev anført, at deres opfattelse var, at Klager har 100% af skylden – baseret på forklaringen omkring påkørslen. Selskabet bad imidlertid om at se de fulde taksatorrapporter fra modpartsselskabet, og rettede efter gennemgangen af disse henvendelse til modpartsselskabet for at få afklaret, hvorfor der også blev takseret og regresset mod Selskabet for en skade på højre side midtfor af bilen, for Klagers [barn] havde påkørt modparten bagfra.

Selskabet rettede herefter også henvendelse til Klager for at høre, om der var skader på dennes bil. I den forbindelse blev Klager oplyst om, at det kunne være en god ide at få et værksted til at kigge på eventuelle skader som følge af denne ulykke – hvorefter regningen herfor kunne sendes til Selskabet – for da modpartens skade oversteg Klagers selvrisiko, ville Klager under alle omstændigheder blive opkrævet selvrisikoen, uanset om Klagers egen bil havde skade eller ej.

Klager ringede herefter til Selskabet og havde en længere snak med en sagsbehandler – herunder omkring indsamling af oplysninger, vurdering af krav fra modparten og fordeling af skyld/ansvar i køsammenstød mv. Klager bekræftede i denne forbindelse, at de synlige skader på egen bil var ridser i nummerpladen.

Klager sendte herefter et par mails til Selskabet og bad om flere oplysninger, herunder om kørselsforhold, ansvar, partshøring mv. Selskabet svarede på dette den 18. marts 2019. Mail fra Selskabet vedlægges som bilag D.

Klager skrev herefter retur til Selskabet og anførte, at han fandt de påførte skader på modpartens bil underlige, og at han ønskede at dokumentere dette og opsøge værkstedet. Klager anførte tillige i denne mail, at hastigheden ifølge hans [barn] var sænket til knap 5 km/t inden sammenstødet, og at der nærmest ingen skade var sket.

Selskabet svarede på denne mail den 20. marts 2019, hvor sagsbehandleren vedlagde en kendelse afsagt af Ankenævnet for Forsikring for at illustrere ansvarsfordelingen. Hun forklarede, at det af denne kendelse fremgår, at det er forsikringsselskaberne, der har kompetencen til at afgøre, om modpartens krav skal anerkendes eller afvises. Hun anførte ligeledes, at Klager skal kunne bevise, at skaden ikke skyldes uheldet, hvis Selskabet skulle kunne gøre indsigelse mod det af taksator opgjorte krav, og at Selskabet afventede endelige afklaring af kravet fra modparten, inden opkrævning på selvrisko kunne fremsendes til Klager. Mailkorrespondancen er vedlagt som bilag E. Ankenævnskendelsen, der blev vedlagt, var AK 84.365.

Klager svarede herefter igen på mail og anførte, at han fortsat var utilfreds med Selskabets besvarelse/begrundelse. Klager anførte, at forholdet er mistænkeligt, at regningen (for arbejdet på modpartens bil) er mistænkeligt, at der ikke har været partshøring, og at reglerne for inddrivelse af pengene (selvrisko) ikke var overholdt. Selskabets sagsbehandler overgav herefter sagen til Selskabets skadechef, som herefter svarede Klager. Denne mailkorrespondance vedlægges som bilag F.

Selskabet skadechef forklarede i denne mail Klager omkring den direkte hæftelse overfor modpartens forsikringsselskab iht. færdselslovens § 108. Skadechefen forklarede ligeledes omkring praksis iht. ansvarsfordeling – herunder at ansvaret for uheldet færdselsretligt påhviler Klagers [barn], når hun rammer en forankørende, der bremser af trafikale årsager.

Skadechefen forklarede i mailen videre, at oplysningerne fra Klagers egen skadeanmeldelse var/er lagt til grund – men at hastigheden, herunder spørgsmålet omkring opbremsning, ikke er det relevante – idet kontakten mellem bilerne er anerkendt af Klager/Klagers [barn], og skaden er kontrolleret af modpartens taksator. Skadechefen oplyste herefter om Klagers videre klagemuligheder – herunder Selskabets interne klageansvarlige, Ankenævnet for Forsikring og muligheden for en civil sag ved domstolene.

Klager var fortsat utilfreds, og skrev på ny en mail, hvor han bl.a. bad om den klageansvarliges nummer. Skadechefen oplyste Klager om dette den 11. april 2019. Denne mailkorrespondance vedlægges som bilag G.

Herefter skete der ikke mere, førend Selskabet i august foretog afregning overfor modpartsselskabet – og derfor udsendte opkrævning på selvrisko til Klager i forbindelse med sagens afslutning den 14. august 2019. Det bemærkes i den henseende, at Selskabets selvriskoopkrævning er forhøjet iht. forsikringsbetingelser, da der var tale om en ung fører.

Klager ringede herefter til Selskabet den 15. august 2019 og forklarede, at han fortsat ikke ville anerkende modpartens skade, at han ikke var blevet partshørt, og at selskabet havde lovet ham,

at selvriskoen ville være 5.000 kr. Selskabets skadebehandler opfordrede Klager til at fremsende dokumentation for, at Selskabet havde lovet en selvrisiko på 5.000 kr.

Klager fremsendte herefter en mail af 16. august 2019, hvor han bad om aktindsigt, anfægtede at det ikke fremgik tydeligt, at der i nogle tilfælde var dobbelt selvrisiko, anførte at han ville klage mv.

Selskabet betragtede derfor henvendelsen som en klage – og sagen blev derfor overdraget til Selskabets klageansvarlige, der svarede Klager den 23. august 2019. Samme dag pågik yderligere mailveksling mellem den klageansvarlige og Klager. Mailudvekslingen vedlægges som bilag H. Udover mailen modtog Klager tillige en større mængde fysisk papir – idet Klager havde bedt om aktindsigt og henvist til Datatilsynet, hvilket Selskabet betragtede som en indsigtsanmodning i Selskabets personoplysninger om Klager iht. gældende persondataregler.

Selskabets klageansvarlige fastholdt afgørelsen.

Den 26. august 2019 rettede Klager igen henvendelse til Selskabets klageansvarlige. Han gav i denne forbindelse udtryk for, at han fortsat manglende en forklaring på, hvorfor sagen var afgjort, som den var.

Selskabets klageansvarlige svarede derfor igen Klager på mail – denne gang med henvisning til et par yderligere ankenævnskendelser til illustration (AK 61 352 og AK 79386). Klager svarede senere samme dag på denne mail. Denne mailudveksling vedlægges som bilag I.

Selskabet hørte herefter ikke yderligere, før Selskabet den 11. september 2019 modtog endnu en mail fra Klager. Denne gang oplyste Klager, at han var i gang med at skrive på en artikel omkring NEXT, ligesom han manglede oplysninger fra modpartens forsikringsselskab – som efter hans opfattelse var relevante for hans klage til Ankenævnet. Klager anførte endvidere, at modpartens udlægning af sagen var helt i overensstemmelse med Klagers og Klagers [barn] – nemlig at der ikke var sket nogen særlig skade. Klager henviste i den forbindelse til en sms, modtaget fra modparten samme aften, som påkørslen skete. Denne sms er af Klager vedlagt som bilag 1. Heraf fremgår det, at modparten skrev: 'Jeg kontakter bilværksted i morgen, der er ikke sket så meget men min kofanger er lidt løs'.

Inden Selskabets klageansvarlige fik svaret på Klagers mail af 11. september 2019 (hun var fraværende fra kontoret nogle dage), sendte Klager den 16. september en ny mail, hvor han rykkede for svar og stillede yderligere spørgsmål. Se bilag J.

Selskabets klageansvarlige svarede på både mailen af 11. september 2019 og af 16. september 2019 i en mail af 16. september 2019. Her vedhæftede den klageansvarlige screendumps fra EDI-systemet, hvoraf Klager kunne se, at modpartsselskabet havde anført, at deres opfattelse er, at Klager/Klagers [barn] har 100 procent af skylden. Af disse screendumps fremgik det ligeledes, at Selskabet har anfægtet modpartsselskabets opgørelse af skaden – og anført at alene skaden på bagpartiet af bilen henhører til nærværende sag. Modpartsselskabet havde hertil anført, at skaden på sidedøren var medtaget ved en fejl – og Selskabet har alene betalt erstatning for skaden, der kan relateres til sammenstødet og bagpartiet af modpartens bil.

Klagers svarede samme dag på denne mail – og anførte heri, at han nu havde klaget til Ankenævnet for Forsikring. Denne mailkorrespondance vedlægges som bilag K.

Af klagen til Ankenævnet for Forsikring fremgår det, at Klager er utilfreds med flere ting.

...

Vores indstilling til afgørelse:

Jeg indstiller, at Klager ikke gives medhold i klagen.

Det følger af færdselslovens § 108, stk. 1, at Selskabet hæfter direkte/umiddelbart i forhold til skadelidte og dennes forsikringsselskab, hvorfor Selskabet som ansvarsforsikrer for Klageren kan afgøre skyldspørgsmålet i forhold til modpartens selskab.

På baggrund af Klagers egen skadeanmeldelse og forklaringer er det lagt til grund, at Klager har ramt modparten bagfra. Det følger af retspraksis, at det fulde ansvar for en ulykke som den foreliggende, påhviler den bagfrakommende bilist, idet denne ikke har holdt tilstrækkelig afstand til den forankørende bil.

Det er ikke bestridt af Klager, at dennes [barn] har ramt den forankørende bil (kun den hastighed, hvormed der er ramt, er anfægtet af Klager). Da Klager ikke har beviser for, at den af taksator opgjort skade ikke stammer fra sammenstødet, og således ikke er forvoldt af Klagers [barn], kan Selskabet ikke afvise at udbetale erstatning iht. denne opgørelse.

Selskabet har sammenholdt den anmeldte skade på modpartens bil med Klagers oplysninger om skadeszoner, og finder ikke grundlag for at betvivle opgørelsen fra modpartens selskab. Selskabet har derved lagt vægt på, at modpartens skade blev takseret umiddelbart efter uheldet, og at den takserede skade vedrørte modpartens bagerste kofanger, hvilket stemmer helt overens med de oplysninger, modparten sendte på sms til Klager efter uheldet.

Selskabet er ikke forpligtet til at foretage en egentlig partshøring af Klager – men har indhentet de nødvendige oplysninger via bl.a. skadesanmeldelse fra Klager, fra modpartsselskabet og i form af taksatorrapporten.

Der henvises bl.a. til tidligere kendelser; AK 79.386, AK 61.352 og AK 84.365

Som følge af, at Klager er ansvarlig for den skete skade, opkræves selvrisiko iht. forsikringsbetingelserne pkt. 14. Af pkt. 14.1.3 følger det, at selvrisikoen for forsikringen gælder for såvel ansvarsskader som kaskoskader. Af pkt. 14.3.1 fremgår det, hvad selvrisikoen er for skader, der sker, mens bilen bliver ført af en person under 25 år. Heraf fremgår det, at selvrisikoen er 5.000 kr. mere end den selvrisiko, der er valgt.

Den valgte selvrisiko fremgår af policen. Da Klager har valgt en selvrisiko på 5.000 kr., jf. policen, og da det er ubestridt, at Klagers [barn] var under 25 år på skadestidspunktet (oplyst af Klager selv på skadeanmeldelsen), opkræves en selvrisiko på i alt 10.000 kr.

For præcisionens skyld bemærkes det, at der altså ikke altid er tale om en fordobling af selvrisikoen, men dette er tilfældet i nærværende sag, hvor Klager netop havde valgt en selvrisiko på 5.000 kr., hvortil kommer et tillæg på 5.000 kr.

Vilkåret herom findes altså i forsikringsbetingelserne, der er en del af forsikringsaftalen. Policen henviser hertil, ligesom betingelserne kan findes såvel i Klagers selvbetjening som på NEXTs hjemmeside. At Klager anfægter, at vilkårene skal downloades af denne selv, kan ikke ændre på resultatet. Klager har valgt at købe forsikring online, hvorfor kommunikationsvejen naturligt er via mail og selvbetjening, hvilket er forudsætningen og præmissen omkring online køb.

Klagers forsikringspræmie er beregnet med baggrund i en risikovurdering, hvori den valgte selvrisiko indgår. Det er et almindeligt vilkår, at selvrisikoen forhøjes ved ung fører, idet Selskabets risiko herved forøges, og det er sædvanlig praksis at give sådanne oplysninger i forsikringsbetingelserne, som er et led i det samlede aftalegrundlag. Det henvises til AK 63.281.

At sagsbehandlingstiden har strukket sig over en længere periode ændrer ikke på ovenstående, men er bl.a. begrundet i kommunikationen med modpartsselskabet, hvor der bl.a. har været fremsendt taksatorrapport omkring en skade på siden af bilen, der ikke skulle dækkes ift. Klagers ansvar, ligesom Selskabet i en periode afventede endelig opgørelse fra modpartsselskabet, førend afregning – og dermed afslutning af sagen med opkrævning af selvrisiko hos Klager til følge – kunne foretages. Klager forklarer selv sin manglende kontakt til Selskabets klageansvarlige tilbage i april og frem til august med travlhed, men uanset årsagen ændrer intet af ovenstående på det materielle i sagen.

Det fastholdes således, at ansvars-/skyldfordeling, opgørelse/afregning overfor modpartselskabet, selvrisikoberegning mv. er sket i overensstemmelse med såvel praksis som de gældende betingelser."

Klageren har i indlæg af 26/10 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Indledning

Sagen drejer sig kort fortalt om at selskabet / selskaberne, har godkendt helt usandsynlige omkostninger, der tydeligvis peger i retningen af mulig **svindel**.

Skaderne kan **ikke** skyldes det konkrete uheld, og derfor **bør** sagen bringes til domstolene, hvor partnerne kan vidne og der kan indkaldes taksator, værksted, direktør fra Next m.m.

Den handler også om **forbrugerbeskyttelse** ved online køb af forsikringer, hvor det ene selskab (discountselskabet) ikke varetager kundens interesser forsvarligt og skjuler ekstra byrder for kunderne, er min påstand.

Forklaringen om 'døren' er tvivlsom, og da man ikke har været åben omkring taksatorprocessen (det er [modpartens selskab]), betragter jeg dette som en dokumentarisk efterforskning, der bedst kan komme frem i lyset via en proces som denne.

Kort sagt, jeg har svært ved at se hvordan man **overhovedet** kan vurdere en sag på baggrund af så **mangelfulde** oplysninger, der her er tale om. Prøv at se arket jeg udfyldte forrige år. Jeg fik lang tid efter uheldet besked fra mit selskab om en skade, hvilket var overraskende, da der på stedet var enighed om, at der **ikke** var sket noget. Jeg udfyldte deres ark efter en samtale med min [barn], og afventede herefter en partshøring. Hvad der altså ikke kom. For som selskabet forklarer, er den slags jo **irrelevant**.

Men hvorfor kan vi så tillade selskaberne at afgøre sagerne indbyrdes? Hvis de end ikke er forpligtet til at partshøre folk? Endsige fremsende dem nødvendige oplysninger? Hvem har bedømt skaderne? På hvilket grundlag? Hvor er dokumentationen?

Der er jo ingen. Det viser aktindsigten.

Dette er med andre ord en ren skrivebordssag, helt udenfor virkelighedens verden – og langt væk fra kundens mulighed for at forsvare sig selv.

Vi kan ikke acceptere denne form for proces i et retssamfund. Sagen **skal** bringes til domstolene.

Begge selskaber skal tvinges til at dokumentere processen og skaderne.

Spørgsmål der **ikke** kan besvares nu:

Hvad skete der konkret under uheldet? Hvorfor ramte forankørende en anden bil? Der blev undveget? Skred hun ud foran? Drejede hun ind foran? Hvornår henvendte hun sig til værkstedet? Hvem vurderede skaderne? Hvornår? Hvordan? **Hvordan** blev det **dokumenteret**?

Opstilling:

Indledningsvist skal jeg understrege, at jeg ikke selv har kørt bilen og ikke selv har været til stede.

Jeg er derimod far til føreren.

Jeg har udfyldt et mindre skema, der blev tilsendt af pgl. forsikringsselskab, og alene på baggrund af dette – uden indhentelse af yderligere oplysninger, har man vurderet sagen.

Skemaet har jeg udfyldt ved at tale med føreren og vidnet.

Sagen handler dybest set om en fundamental ting:

Vi anerkender ikke at være ansvarlig for uheldet, og finder heller ikke at der er ført tilstrækkelig bevis for dette fra nogen side. Skaderne kan ikke komme fra uheldet, og vi anerkender ikke skaderne.

Subsidiært:

- påstår jeg ligeledes, at selskabet har forsøgt at holde oplysninger til det mindst mulige, og dermed gjort det svært at vurdere modpartens påstande eller selskabets rationale. De har mao. trukket det ud, og det er nærliggende at formode de har vist, at jeg skulle bære størstedelen af regningen. De opsagde min forsikring uden begrundelse, da jeg bad om aktindsigt. Altsammen yderst mistænkeligt.

- påstår jeg at selskabet har accepteret urimelige reparationsomkostninger, hvis omfang og karakter slet ikke virker til at stemme med oplysningerne om uheldet. Herunder at hastigheden var sænket dramatisk på grund af tåge, samt at selve kontakten mellem de to biler, slet ikke kan forsvare så store skader

- at den anden part selv påkørte en forankørende bilist, hvorved hun lavede en så uheldig manøvre (undvigelse), at det implicerede [mit barn]. Heldigvis havde [mit barn] i forvejen sænket hastigheden på motorvej til 80 km i timen, holdte behørig afstand, hvorfor [barn] var i stand til at bremse så effektivt, at der ikke skete skade på vores bil, og heller ikke på den forankørende
- at min [barn] og modparten på uheldsstedet var enige om, at der ikke var sket skade
- at det ikke er forsvarligt i en retsstat at selskaberne indbyrdes og uden partshøring kan bestemme, udenom lov og orden
- at sagens karakter – herunder tvivl om årsag/ansvar – burde give mig ret til at få dækket juridiske omkostninger ved sagen via forsikringen, herunder at få dækket disse i forbindelse med eksempelvis denne postgang hos nævnet.
- at det for almindelige forbrugere er urimeligt, at de ikke kan få dækket juridiske omkostninger allerede nu. Det bør ikke være mig, der sidder og skriver til nævnet. Det bør være en advokat. Det er helt ude af rimelighed, for almindelige mennesker kan altså ikke sidde og vurdere den slags. Det bør nævnet være opmærksom på, og det er faktisk vinklen på en historie. Retsløshed, det er hvad vi taler om.
- at de af selskabet fremførte eksempler på andre sager er irrelevante, fordi de overser at sagen her drejer sig om svindel og indbyrdes 'lokumsaftale' mellem to forsikringsselskaber, der begge bør fremvise dokumentation for skaderne og uheldet. Ja, nævn. Hvor er dokumentationen henne?

Objektivt:

Der bør gælde særlige, **skærpede** vilkår for forsikringsselskaber, der sælger deres forsikringer via internettet og **uden** personlig rådgivning eller kontakt.

Sådan er det almindeligvis også ved internethandler, idet man antager at måden hvorpå forbrugeren kan modtage den nødvendige forbrugerbeskyttelse, har betydning.

Når det pgl. forsikringsselskab via en grafisk bjælke lader kunder vælge den maksimale selvrisiko, så forekommer det vildledende for den almindelige forbruger: Her skal man om på side 7 i betingelserne for at finde ud af, at der kan være tale om andre vilkår, som har **afgørende** betydning for selvriskoen. Der er **ingen** advarsler eller rådgivning i den forbindelse. Man afslutter handlen og føler sig i god tro.

Det skal bemærkes at selskabet efter at jeg bad om aktindsigt **opsagde** mine forsikringer, uden begrundelse – udover at de kunne opsige dem efter et uheld.

Jeg har fundet andet selskab, men i det hele taget finder jeg at der er så store problemer med kommunikationen og åbenheden, at det fortjener opmærksomhed. Man skal faktisk chatte med dem på internettet, siger de.

Det er korrekt, at jeg arbejder på en artikel. Det er således, at det nødvendigvis må være sådan, at sagen er belyst bedst muligt forinden, men det er helt sikkert, at der er en journalistisk opgave i sådan et selvbestaltet retsforløb som dette.

Jeg skal opfordre nævnet til at overveje kraftigt, hvor dokumentationen for skaderne og uheldets karakter er.

Hvor er beviserne? Jeg ser nemlig kun et forsikringsselskab, der bare sender nogle påstande i brev form. Jeg ser **ikke** beviser for et voldsomt uheld, skadesomfang og ansvar. Er der et foto tilstede?

Der er **ikke** nogle beviser.

Det er sagens vigtigste punkt.

Kernepåstand

Til nævnets vurdering fremsætter jeg denne påstand:

Selskabet påstår at hastigheden ved påkørslen var 80 km.

Dette er **ikke** korrekt.

Hastigheden var under 5-10 km I timen. Der var nemlig bremsset helt op, og bilerne rørte knap nok hinanden. Der er to vidner til dette.

Dette svarer helt til de ikke-eksisterende skader på min bil. Arket giver slet ikke plads til nuancer, og det må forventes at man kan få flere oplysninger ind I sagen, før de afgøre den. De har simpelthen ikke forstået, at jeg sad og udfyldte den efter en samtale, hvortil jeg spørger om "hvor meget kørte i" og [mit barn] svarer 'vi kørte heldigvis langsomt, 70-80 km I timen, men vi ramte [modparten] med under 5-10 km I timen. Der var stor afstand'."

Selskabet har på anmodning fra nævnets sekretariat fremsendt taksatorrapporten med opgørelse af skaderne på modpartens bil og EDI regresudvekslingerne med modpartens selskab. Nævnets sekretariat har endvidere bedt om oplysning om, hvilken information, om selvrisiko, herunder selvrisiko, når føreren er under 25 år, der blev givet på hjemmesiden i 2017, da klageren tegnede bilforsikringen. Selskabet har i indlæg af 9/12 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Med hensyn til indholdet af NEXTs hjemmeside i 2017, er det desværre ikke muligt at genskabe skærbilleder fra dengang. Vi kan oplyse, at kunden altid selv har valgt sin selvrisiko i forbindelse med tegning af forsikringen. Der er forvalgt en standard selvrisiko i købsprocessen, og denne kan kunden derefter ændre på og straks se virkningen på præmien.

Det har altid fremgået af forsikringsbetingelserne, at der er forhøjet selvrisiko ved skader forvoldt mens føreren er under 25 år gammel. Betingelserne er tilgængelige på NEXTs hjemmeside, ligesom der er direkte adgang til dem via kundens selvbetjeningsløsning. Jeg tillader mig i den forbindelse også at henvise til kendelserne AK63.281 og AK91.178, hvor tilsvarende bestemmelser i betingelserne om forhøjet selvrisiko ved ung fører bliver lagt til grund ved afgørelsen"

Ankenævnet for Forsikring

10.

94186

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Af policen fremgår bl.a.:

"Dækningsomfang		Forsikringssum	Selvrisiko
Ansvar	Valgt		5.000 kr.
Kasko	Valgt		5.000 kr.
Vejhjælp	Valgt		
Retshjælp	Valgt	175.000 kr.	2.500 kr.
Udvidet glasdækning	Ikke Valgt		
Førerulykke	Ikke Valgt		

Generelle oplysninger:

Gyldig fra 05-09-2017

...

Betingelser 01-07-2013"

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"14. Selvrisiko

14.1 Selvrisikobeløb

14.1.1 Selvrisiko er den del af en skade, som du selv skal betale. Selvrisikoen står på din police.

...

14.1.3 Selvrisikoen for forsikringen, gælder såvel ansvarsskader som kaskoskader. Ved en kombineret ansvars- og kaskoskade, opkræves selvrisikobeløbet kun en gang.

14.1.4 Selvrisikoen opkræves, selvom du ved et færdselsuheld kun bliver pålagt en del af ansvaret

...

14.3 Selvrisiko hvis føreren er under 25 år

14.3.1 For skader der sker, mens bilen bliver ført af en person under 25 år, skal der betales 5.000 kr. mere end den selvrisiko du har valgt.

14.3.2 Hvis du er fører, forsikringstager/registreret bruger eller dennes ægtefælle/samlever (der er tilmeldt folkeregisteret på samme adresse) og under 25 år, er præmien beregnet ud fra dette og der beregnes derfor ikke 5.000 kr. ekstra i selvrisiko.

14.3.3 Selvrisikobeløbet indeksreguleres jævnfør pkt. 9"

Nævnet udtaler:

Klagerens bil var impliceret i et uheld den 8/11 2018. Bilen blev ført af klagerens barn, der var under 25 år. Klageren har i skadesanmeldelsen anført om uheldet, at "forankørende rammer

forankørende. Der er harmonika sammenstød på motorvejen. Den første bilist forsvinder. Vi to biler bliver tilbage. Den skyldige er væk". Klagerens bil ramte bagpartiet på den forankørende bil, og i en sms besked den 8/11 2018 til klagerens barn har modparten bedt om forsikringsoplysninger og oplyst, at "Jeg kontakter bilværksted i morgen, der er ikke sket så meget men min kofanger er lidt løs".

Selskabet har anerkendt ansvaret for skaden på modpartens bagparti, som er opgjort til 16.748,31 kr. inkl. moms og har opkrævet klageren en selvrisiko på 10.000 kr., da føreren af bilen var under 25 år.

Klageren klager over, at selskabet har anerkendt ansvaret for uheldet og har godkendt helt usandsynlige omkostninger. Han har anført, at det ikke er forsvarligt i en retsstat, at selskaberne indbyrdes og uden partshøring kan bestemme, udenom lov og ret. Han har anført, at den anden part selv påkørte en forankørende bilist og lavede en så uheldig manøvre (undvigelse), at det implicerede hans bil. Heldigvis havde hans barn i forvejen sænket hastigheden på motorvejen til 80 km i timen, holdt behørigt afstand og var i stand til at bremse effektivt til under 5-10 km i timen, således at der ikke skete skade på klagerens bil og heller ikke på den forankørende. Klageren mener, at sagen skal afgøres af en domstol, og at det er urimeligt, at han som almindelig forbruger ikke kan få dækket juridiske omkostninger allerede nu.

Han klager endvidere over selvrisikoens størrelse. Han har anført, at han har købt forsikringen on line, og at selskabet ikke på forsvarlig vis har informeret om forhøjet selvrisiko, hvis føreren er under 25 år.

Nævnet bemærker, at selskabet hæfter i henhold til færdselslovens § 108, stk. 1, umiddelbart i forhold til modparten og dennes forsikringsselskab. Det er derfor selskabet, der har kompetence til at afgøre, i hvilket omfang modpartens krav skal anerkendes.

Efter sin gennemgang af sagen lægger nævnet til grund, at klagerens barn i et køsammenstød påkørte modparten bagfra. Nævnet har blandt andet lagt vægt på klagerens skadeanmeldelse. Nævnet kan ikke kritisere, at selskabet har anerkendt ansvaret for skaden, idet nævnet finder, at selskabets afgørelse er i overensstemmelse med retspraksis i den konkrete færdselssituation.

Selskabet har i overensstemmelse med sædvanlig praksis udbetalt erstatning til modpartens selskab på baggrund af en taksering foretaget af en taksator. Selskabet har i den forbindelse bemærket og fået afklaret hos modpartens selskab, at det var en fejl, at der i regreskravet var medtaget en skade på højre side af bilen. Selskabet har fremlagt taksatorrapporten, der dokumenterer, at reparation af skaderne på bagpartiet er opgjort til 16.748,31 kr. Nævnet finder ikke grundlag for at statuere, at taksatoren har godkendt andre skader på modpartens bil end dem, der efter taksatorens vurdering stammer fra påkørslen, eller at taksatoren har accepteret en mere omfattende reparationsmåde end nødvendigt. Nævnet kan herefter ikke kritisere, at selskabet har udbetalt erstatning til modpartens selskab i overensstemmelse med erstatningsopgørelsen.

Klageren har købt bilforsikringen online i 2017 hos en forsikringsformidler af selskabets produkter. Selskabet har oplyst, at det ikke er muligt at genskabe skærbilleder fra forsikringsformidlerens hjemmeside i 2017. Selskabet har oplyst, at "kunden altid selv har valgt sin selvrisiko i forbindelse med tegning af forsikringen. Der er forvalgt en standardselvrisiko i købsprocessen, og denne kan kunden derefter ændre på og straks se virkningen på præmien. Det har altid fremgået af forsikringsbetingelserne, at der er forhøjet selvrisiko ved skader forvoldt, mens føreren er under 25 år gammel. Betingelserne er tilgængelige på [forsikringsformidlerens] hjemmeside, ligesom der er direkte adgang til dem via kundens selvbetjeningsløsning". Nævnet forstår selskabets svar således, at den ekstra selvrisiko på 5.000 kr., når føreren er under 25 år, i 2017 alene fremgik af forsikringsbetingelserne på hjemmesiden. Af klagerens police fremgik det, at der på ansvars- og på kaskoforsikringen var en selvrisiko på 5.000 kr.

Det fremgik af dagældende lov om forsikringsformidling § 32, at "Forsikringsagentvirksomheder og administrationsselskaber er omfattet af de regler, der er udstedt i medfør af lov om finansiel virksomhed, i det omfang disse regler regulerer god skik på forsikringsområdet". Det fremgik af dagældende bekendtgørelse om god skik for finansielle virksomheder § 18, stk. 1, nr. 1, at et forsikringsselskab skal senest i forbindelse med, at en skadesforsikringsaftale indgås, oplyse om "væsentlige karakteristika ved den pågældende forsikring, herunder om væsentlige elementer i den valgte forsikrings dækningsomfang og om kundens mulighed for til- eller fravalg". Det fremgik af § 24, at "Kundens til- og/eller fravalg i den valgte forsikring skal fremgå af policen/dækningsoversigten på skadesforsikringsområdet. Hvor kunden træffer et valg i forbindelse med tegning af forsikring, og dette får præmie- og dækningsmæssige konsekvenser, skal valget tydeligt fremgå". Af vejledningen til god skik bekendtgørelsen fremgik om § 24, at "Generelt bør der oplyses om den valgte selvrisiko".

Klageren har hverken ved tegning af forsikringen eller i den udstedte police fået information om, at der kunne være regler i forsikringsbetingelserne om en højere selvrisiko end den, som han havde valgt for forsikringen. Nævnet finder, at selvrisiko er et væsentligt element i en forsikrings dækningsomfang. Som sagen foreligger oplyst for nævnet, finder nævnet, at selskabet ikke ved forsikringens tegning eller i policen på tilstrækkelig måde har informeret om, at selvriskoen blev forhøjet med 5.000 kr., når føreren af bilen var under 25 år.

Nævnet finder herefter, at klageren har haft en berettiget forventning om, at forsikringen var tegnet med en selvrisiko på 5.000 kr., at uklarheden mellem policens tekst og forsikringsbetingelserne må fortolkes til fordel for klageren, og at selskabet derfor alene er berettiget til at opkræve 5.000 kr. i forbindelse med skaden.

Nævnet henviser til Vestre Landsrets dom i Ugeskrift for Retsvæsen 1982.1168 V og sine afgørelser i sag 91.600, 85.289 og 80.335.

Ankenævnet *for* Forsikring

14.

94186

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, NEM Forsikring, skal anerkende, at det alene er berettiget til at opkræve 5.000 kr. i selvrisiko.

Klageren får i øvrigt ikke medhold.

Klagegebyret tilbagebetales.

Peter Thønnings