

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 27. maj 2020 blev i sag nr. 94327:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

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

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har indbo-, rejse-, bil-, ulykke- og bygningsforsikring. I klageskema af 15/10 2019 til nævnet har klagerens repræsentant bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Forsikringstager ejer en ejendom, hvor der pludselig udbryder brand. Denne rasere og laver total-skade på bygning og indbo.

Selskabet anerkender erstatningspligten og at der foreligger en dækningsberettiget begivenhed. De ønsker dog ikke at udbetale erstatning for indbo, da de mener der er afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med indtegnings. Derfor opsiger selskabet indboforsikringen med tilbagevirkende kraft.

Selskabet oplyser de gør forholdsmæssig erstatning gældende, da de gerne ville have indtegnet forsikringstagers bygning, hvis de kendte til oplysningerne om tidligere skader på forhånd. Derfor fastsættes erstatning til 62,5% af summen på ejendommen, som er forsikret til 1,3 mio. kr. Der udbetales derfor 812.570 kr.

Problemet på denne skadesag er, at der fra forsikringstager oplyses, at han aldrig er blevet spurgt til disse skader ved indtegnings. Der er alene lagt vægt på, om forsikringstager havde skader i andet selskab, hvilket han har oplyst. Forsikringstager oplyser endvidere, at der af ham bliver oplyst, at han har haft 2-3 skader, hvilket er korrekt. De øvrige skader han har anmeldt er aldrig blevet til noget eller er 0 kr. skader, hvorfor disse ikke har været efterspurgt i indtegnings øjeblikket. Ej heller blev der forespurgt om skærpede vilkår. Der er alene ved indtegnings spurgt til, om forsikringstager havde skader indenfor de sidste tre år, hvilket der er afgivet svar på.

Forsikringstager har ikke sat de krydser der er fremlagt i vedhæftede skriv.

Forsikringstager har underskrevet på iPad, efter denne bliver rakt over til ham af assurandør. Der kan derfor ikke være tale om urigtige oplysninger, da det er helt tydeligt, at forsikringstager har

skrevet under i hånden på en iPad der er overrakt forsikringstager og krydserne er sat digitalt inden underskrift bliver afgivet. Forsikringstager havde altså ikke kendskab til, at disse krydser var markeret ved underskrift.

Altså har selskabets assurandør på det givne tidspunkt udfyldt formularen uden yderligere kendskab til forholdene.

Der er med andre ord ikke sandsynliggjort der er tale om urigtige oplysninger, idet forsikringstager ikke har afsat de dertil markerede kryds i felterne.

Vi ser derfor sagen genoptages, da forholdet er forkert belyst, grundet selskabets medarbejder har noteret forkerte indtegnings oplysninger af kundeforholdet og ej har spurgt korrekt ind til tidligere skadehistorik.

Det kan endvidere oplyses, at forsikringstager har oplyst korrekte og faktiske forhold, men at assurandør har krydset felterne af. Forhold der ikke berettiger selskabet til helt eller delvist, at fjerne og opsige forsikringer. Selskabet påberåber sig, at der er anmeldt 6 skader på tidligere forsikringer. Men der spørges ikke ind til denne del ved indtegnning.

Kun om forsikringstager havde skader, hvorefter forsikringstager fremlægger, hvad for ham er relevant, da han kun har modtaget erstatning på 2-3 skader. Resten er nulskader eller afvisninger, hvorfor forsikringstager ikke ved dette kan have betydning. Her mangler selskabet at gøre opmærksom på, hvad der menes ved sådanne oplysninger.

Det kan bekræftes af forsikringstager, at denne aldrig har sat de krydser.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Vi ønsker naturligvis at opnå fuld erstatning, da der er truffet forkert afgørelse på sagen i form af forkert vurdering af indtegningsforhold fra selskabets side. Hertil skal ligges, at selskabet ikke vil udlevere materiale på sagen, hvilket de til dato ikke har gjort.

Krav for bygning: 487,430,00 kr. med tillæg FAL §24.

Krav for indbo: 743.000 kr. med tillæg FAL §24."

Klagerens repræsentant har i brev af 15/10 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Notat: skadesag som omhandler urigtige oplysninger. Selskabet påberåber sig retten til at gøre forholdsæssig erstatning gældende på bygningsforsikringen og helt opsige indboforsikringen med tilbagevirkende kraft. Der er dog ikke fremlagt dokumentation fra selskabet for, at der skulle være afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med indtegnning.

Der er alene tale om disse krydser:

...

Ovenstående er et billede af indtegnning, hvor det tydeligt fremgår, at krydserne er afsat digitalt. Krydser som forsikringstager benægter at have sat i forbindelse med indtegnning. Der er alene gennemgået tidligere skadeforhold, som et frit spørgsmål fra assurandør, hvor forsikringstager oplyser mundtlig, at han ikke tidligere har haft 2 eller 3 skader, som er blevet dækket. Der spørges ikke yderligere ind til skadehistorik eller andre forhold hos kunden.

Herefter overrækkes iPad, hvor der fremgår et felt, hvor forsikringstager skal skrive under. Det gør forsikringstager i god tro, da han har oplyst om de forhold der er spurgt ind til.

Forsikringstager har altså alene skrevet under i et felt, som han er blevet henvist til af assurandør. Der har ikke været felter, som skulle vinges af eller sættes kryds i. Alene derfor kan vi ikke tage afvisningen og den forholdsmæssige erstatning til følge, da der fra selskabets side er begået fejl i indtegnelsen, som ikke har noget med forsikringstager at gøre.

Selskabet og god skik

Når man som selskab indtegner nye kunder, gør man klogt i at være dybdegående og forklare og fortælle kunderne om, hvad der kan ske, hvis de oplysninger som bliver afgivet ikke stemmer overens med de faktisk datatræk der kan hentes.

Problemet er bare, at selskaberne tænker mere i omsætning end egentlig god skik og de forhold der ligger i dette. Derfor bliver tingene sjældent gennemgået og dermed står forsikringstager dårligt stillet, når selskaberne pludselig går ind og henter skadehistorik. Forhold som kunderne aldrig er blevet spurgt til eller bedt om udtalelse på.

Her vil jeg henlede opmærksomheden på de god skik bestemmelserne der omhandler finansielle virksomheder og deres rådgivning til kunderne.

- *§8 i god skik bestemmelserne for finansielle virksomheder*
Stk. 3. Rådgivningen skal tilgodese kundens interesser og give kunden et godt grundlag for at træffe sin beslutning. Rådgivningen skal være relevant, retvisende og fyldestgørende. Den finansielle virksomhed skal orientere om de risici, der er relevante for kunden.

Taget ovenstående i betragtning og kendskabet til, at forsikringstager ikke er oplyst om de afsatte krydser, men alene henvises til felt, hvor der skal afsættes en underskrift, gør at selskabet ikke lever op til bestemmelserne om god skik. Der bliver ikke oplyst omkring risici ved underskrivning af dokumentet.

Selskabet manglende samarbejde

Der er, mod forlangende, krav om, at selskabet udleverer dokumenter på sagen, hvis dette kan have afgørende betydning for sagen eller erstatningens udfald. I det her tilfælde fremsætter vi krav om, at selskabet fremsender dokumentation for, at kunden skulle have afgivet urigtige oplysninger. Dette nægter selskabet at fremsende.

Ydermere beder vi i perioden fra 14-05-2019 til 10-07-2019 selskabet om at fremsende korrekt dokumentation for afvisningen samt øvrige bilag på sagen. Da selskabet ikke ønsker at være samarbejdsvillige og indgå dialog herom, opgiver vi vores forehavende. Dette til trods for, at vi oplyser om muligheden i, at vi indhenter og fremsender en editionskendelse. Selskabet nægter at samarbejde.

Vi vælger derfor at tage sagen videre i Ankenævnet, da der på denne skadesag er tale om en fejlagtig afvisning af erstatning. Der er ikke dokumentation for, at forsikringstager har afgivet urigtige oplysninger.

Kendelser på området

AK 77663

Vi henviser til ovenstående kendelse, grundet der fra forsikringstager oplyses, at forholdet omkring tidligere skadesforhold ikke blev gennemgået som oplyst. Netop dette ligger denne kendelse op til, da spørgsmålene aldrig er blevet stillet ved indtegnelse. Vi mener derfor ikke selskabet kan påberåbe sig ansvarsfrihedsgrunde jf. FAL §4-6.

AK 92183

Der er tale om indtegnelse, hvor spørgsmålene ikke er blevet gennemgået og hvor forsikringstager har oplyst om sine tidligere skader. Kunden er ikke blevet forelagt noget acceptbilag inden underskrift, da han alene er henvist til feltet for underskrift ved gennemgang med assurandør. Derfor mener vi ikke der fra selskabets side er fremlagt bevis på, at selskabet har bedt forsikringstager gennemgå risikooplysningerne i acceptbilaget for derefter at bekræfte oplysningernes rigtighed. På den baggrund mener vi ikke, at selskabet har bevist, at klager har afgivet urigtige risikooplysninger, der kunne tilregnes ham som mindst uagtsomt, i forbindelse med tegningen af forsikringerne, jf. FAL § 6 og § 7, og som ville kunne begrunde en opsigelse af aftaleforholdet. Selskabet er derfor ikke berettiget til at opsiges klagers forsikringer med tilbagevirkende kraft.

AK 75487 og 78797

Der er igennem mange års praksis på området i Ankenævnet for Forsikring lagt vægt på, at selskaberne har en streng bevisbyrde i forbindelse med, at der rent faktisk er stillet de spørgsmål selskabet siger skulle være stillet, og som nu påberåbes som grundlag for urigtige oplysninger. Der er som tidligere fremført i dette skriv, aldrig oplyst forsikringstager omkring disse afkrydsede felter. Der er mundtlig spurgt ind til, om kunden har skader i tidligere selskab. Hertil har forsikringstager udtalt der alene har været udbetaling på 2-3 skadesager. Vi mener derfor ikke at et fremlagt bilag med afkrydsede felter, godtgør at spørgsmålene er blevet stillet. Derfor ser vi ikke selskabet være berettiget til at opsiges forsikringerne med bagudvirkende kraft.

Opsummering af forløb

Der er altså fra forsikringstagers side oplyst ved indtegnning, at han har haft 2-3 skadesager i det tidligere selskab. Men ved indhentning af tidligere skadesforløb i andre selskaber oplyses det, at der er anmeldt flere skader, heriblandt nulskader, hvilket selskabet ligger til grund for deres påstand om urigtige oplysninger. Det ligger ikke almindelige mennesker klart, at disse nulskader er relevante. Her skal selskabet som den professionelle part sørge for, at forsikringstager klart kender til risiko ved afgivelse af oplysningerne og belyse, hvad der menes med skadehistorik. Herudover skal det oplyses, at selskabet ikke spørger ind til hverken nul- eller belastende skader. Der spørges alene ind til om forsikringstager har haft skader i tidligere selskab. Det kan derfor ikke fra selskabets side bevises, at forsikringstager skulle have handlet uagtsomt. Vi mener derfor ikke selskabet efterfølgende kan gøre gældende, at forsikringstager skulle have oplyst om skader, der ikke er blevet til spurgt ind til. Der spørges ej heller ind til skærpede vilkår eller lign.

Problemet ved denne skadesag er, at selskabet fjerner og minimere erstatning på baggrund af spørgsmål, som der ikke er spurgt ind til ved indtegnning. Der bliver alene spurgt ind til, om forsikringstager har skader i tidligere selskab, hvilket bliver oplyst. Men nu mener selskabet de er berettiget til at ophæve og fjerne erstatningen, til trods for der ikke er bevis for, at der er stillet yderligere spørgsmål. At selskabet fremlægger et dokument efterfølgende med afkrydsede felter, som forsikringstager i øvrigt ikke har krydset af, gør ikke at selskabet kan påberåbe sig urigtige oplysninger, da dokumentet ikke viser, at spørgsmålene rent faktisk er blevet stillet.

Vi ser gerne Ankenævnet forholder sig til, at der er en streng bevisbyrde forbundet med selskabets ophævelse og fjernelse af erstatning, når selskabet påberåber sig retten til brug af urigtige oplysninger. Der ses ikke sammenhæng mellem det faktisk stillede spørgsmål og selskabets grundlag for afvisning af erstatning. At selskabet ikke spørger ordentlig ind til skadehistorikken og undersøger denne ved indtegnning, kan aldrig ligge forsikringstager til last.

Der kan ikke herske nogen tvivl om, at det er op til selskabet, uagtet om denne har indtegnet ved personligt fremmøde eller via telefon, at kunne bevise og dokumenterer, at der rent faktisk er stillet spørgsmål der kommer rundt om kundens tidligere skadehistorik. Det er ikke sket på denne skadesag, hvorfor vi ikke mener der er belæg for fjernelse og nedskrivning af erstatning.

Sluttelig vil vi henlede nævnets opmærksomhed på, at selskabet ikke på noget tidspunkt har ville udlevere dokumenter på sagen eller komme med retvisende dokumentation for, at der er afgivet urigtige oplysninger, hvorfor vi ikke mener der er belæg for at tilbageholde erstatningen.

FAL § 6

Herunder vil FAL § 6, stk. 1 og 2, blive behandlet, desuden vil vurderingen om, forsikringstager har krav på erstatning, helt eller delvist, ved afgivelse af urigtige oplysninger blive belyst.

Har forsikringstageren, uden at oplysningerne er omfattet af §§ 4 & 5, givet urigtige risikooplysninger, kan forsikringsselskabet helt eller delvist, være fritaget for ansvar jf. FAL § 6.

FAL § 6, er opdelt i 3 stk.

1. FAL § 6, stk. 1 siger, at forsikringsselskabet er fri for ansvar, hvis der er objektivt givet urigtige risikooplysninger til forsikringsselskabet, hvis forsikringstager har handlet uagtsomt, samt at forsikringsselskabet ikke ville have overtaget denne risiko, ved afgivning af de rigtige risikooplysninger.
2. Hvis forsikringsselskabet ville have overtaget denne risiko til samme pris, og på samme vilkår, sker der hverken frafald eller nedsættelse af erstatning.
3. Hvis det må antages, at forsikringsselskabet ville have tegnet forsikringen, på trods af at forsikringstager, har afgivet urigtige oplysninger, men til andre vilkår, og til anden pris, kan der ske en reduktion af erstatningen.

På denne skadesag, er der ikke begrundelse for, at forsikringstager skulle have handlet uagtsomt ved afgivelse af oplysningerne. Dette er med begrundelse i de faktisk stillede spørgsmål og manglende underbygning af spørgsmål og undersøgelser i øvrigt. Dermed kan der ikke tillægges nogen uagtsomhed til forsikringstagers afgivne oplysninger.

Det følger som sagt af FAL § 6, stk. 1, at selskaberne er fri for ansvar, hvis forsikringstager har afgivet urigtige risikooplysninger. Der er dog tre betingelser der skal være opfyldt, hvis selskabet vil statuere sig FAL § 6.

1. Den første betingelse er, at forsikringstager skal have afgivet urigtige risikooplysninger.
 - a. Dette er ikke sket på den pågældende skadesag, da forsikringstager rettelig oplyser han har haft 2-3 skader.
2. Disse urigtige risikooplysninger skal foreligge ved aftalens indgåelse.
 - a. Der er ingen urigtige oplysninger, da spørgsmål ikke har omhandlet andet end, hvor mange skader han har haft. I virkeligheden et meget rummeligt og fri for fortolkning spørgsmål.
3. Den sidste betingelse er, at disse urigtige risikooplysninger skal kunne tilregnes forsikringstager, ved at forsikringstager har handlet uagtsomt, ved enten at oplyse forkerte risikooplysninger, eller ved en fortællelse herom.
 - a. Der er svaret ærligt på spørgsmålet, som forsikringstager er blevet stillet i forbindelse med indtegnning. Dermed er intet fortiet eller gjort bevidst eller uagtsomt.

Hvis ovenstående betingelser er opfyldt, er retsvirkningen, at selskabet kan opsige forsikringen med tilbagevirkende kraft, fra ikrafttrædelsestidspunktet. Men da der på denne skadesag ikke fo-

relægger nogen sådanne oplysninger og selskabet derfor ikke kan dokumentere dette, kan jeg ikke se selskabet er berettiget til at opsigte forsikringerne med tilbagevirkende kraft.

Hvis selskabet mener, at forsikringstager har afgivet urigtige risikooplysninger, så påhviler det forsikringsselskabet at løfte denne bevisbyrde. Dette er til dato ikke sket.

Ved en mundtlig aftaleindgåelse, hvilket typisk sker, ved indtegninger over telefon eller ved møde med assurandør, er det vigtigt at gøre forsikringstager bekendt med de afgivne risikooplysninger. Det følger desuden af bestemmelsen, at bevisbyrden for at forsikringstager har afgivet urigtige risikooplysninger, påhviler forsikringsselskabet.

Det følger desuden af bestemmelsen i FAL § 9, at selskabet ikke kan gøre urigtige oplysninger gældende, hvis ikke disse har betydning for selskabet. Dette gælder både ved indtegnning, men også ved ændringer af risikoforhold. På denne skadesag er der tale om op til flere nulskader og afvisninger, som ingen betydning har for selskabet i øvrigt, hvorfor dette ikke ville have haft betydning. Derfor mener jeg ikke selskabet kan påberåbe sig retten til brug af urigtige oplysninger.

2.6.2 Koncipistreglen

Denne fortolkningsregel, er en særlig fortolkningsmåde, hvor der fortolkes imod aftaleforfatteren. Denne er til begunstiggelse for forbrugeren, idet den skal falde til forsikringstagers fordel.

Det der menes er, at hvis der er en usikkerhed i aftalens vilkår, så skal denne fortolkes til fordel for forsikringstageren. Koncipistreglen er lovfæstet ved forbrugeraftaler, denne har hjemme i Aftalelovens § 38, b. Denne tilsigter at en tvist mellem aftalepartner, skal fortolkes således, at forbrugeren bliver tilgodeset.

I nærværende sag, har selskabet ikke gjort klager tilstrækkelig opmærksom på, at de oplysninger, der er blevet indtastet ved indtegningen, er korrekte. Det kommer derfor til udtryk, at det ikke er nok, blot at vedhæfte en fil, hvori antal skader er oplyst, uden at selskabet har gjort tilstrækkelig opmærksom på at svarene om risikooplysningerne, er noteret korrekt. Derfor finder jeg ikke, at selskabet har løftet bevisbyrden, for at forsikringstager har givet urigtige oplysninger, idet selskabet ikke har godtgjort, at klager kun har oplyst om tre skade, og ikke de øvrige nulskader.

Østre Landsret – kendelse U.2012.1031.Ø

A og B havde i oktober 2007, tegnet en familieforsikring og autoforsikring hos selskabet C. I forbindelse med indtegningen, havde C stillet nogle spørgsmål i forsikringsbegæringen:

- Spørgsmål 1: 'Har du/I tidligere fået afslag eller blevet opsagt af et andet forsikringsselskab?'
 - o Svar: Nej.
- Spørgsmål 2: 'Har du/I tidligere fået tvungen højere præmie/selvrisiko i andet forsikringsselskab inden for de sidste 3 år?'
 - o Svar: Nej
- Spørgsmål 3: 'Er du/I restance i tidligere selskab?'
 - o Svar: Nej
- Spørgsmål 4: 'Hvor mange skader har du/I haft de sidste 3 år?'
 - o Svar: 0'

A og B får efterfølgende indbrud, hvorved de fik stjålet og ødelagt indbo, og fremsatte et erstatningskrav på 500.000 kr. til C. C kontaktede, i forbindelse med skadesbehandlingen, A og B's tidligere selskab D. D kunne oplyse at B, i 2007, havde haft 3 skader på sin bil, samt at han var i restance hos D på 9.000 kr. På baggrund af denne information, valgte C at opsige forsikringerne med tilbagevirkende kraft, fra ikrafttrædelsestidspunktet jf. FAL § 6, stk. 1.

A og B havde ved indtegningen besøg af C's assurandør. Denne assurandør oplyste, at han ikke var gjort bekendt med A og B's tidligere skader, samt at de var i restance til D. Assurandøren oplyste at C's acceptregler var således, at hvis man var i restance hos andet selskabet, så ville man ikke kunne tegne forsikringer, før restancen var betalt.

C gør herefter gældende, at A og B havde afgivet urigtige risikooplysninger i forbindelse med indtegnings af forsikringerne.

B forklarer i retten, at der ikke var tale om belastende skader, idet der var tale om en skyldig modpart. Hvorfor de ikke mener, at denne skade skulle tælle med. B fortæller desuden, at der var indgået en aftale med D, omkring en afdragsordning, hvilket B overholdt. B gør desuden gældende, at han oplyste C's assurandør omkring de førnævnte omstændigheder.

A og B gør derfor gældende, at C havde opsagt deres forsikringer uberettiget, samt at de ikke havde fortiet oplysninger jf. FAL § 6, stk. 1. A og B mener desuden ikke at C ville have nægtet at tegne forsikringerne, såfremt at de var fuldt bekendt med det ovennævnte jf. FAL § 4. Endvidere findes det ikke bevist, at selskabet ikke ville have tegnet forsikringen, hvis det havde fået de korrekte oplysninger, jf. FAL § 6.

Retten udtaler:

Retten finder, at efter en naturlig sproglig fortolkning af spørgsmål 4, kan det ikke tilregnes som uagtsomt, fra B side, ved ikke at oplyse om den ikke belastende skade. På baggrund af ovenstående, fandt retten, at C havde uberettiget opsagt A og B's familieforsikring, med tilbagevirkende kraft fra ikrafttrædelsestidspunktet. C skulle derfor anerkende, at A og B havde været udsat for en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed i forsikringstiden.

Ydermere ses det af dommen, at hvis et forsikringsselskab, vil påberåbe sig bestemmelsen i FAL § 6, stk. 1 og 2, så påhviler det forsikringsselskabet at løfte bevisbyrden, ikke blot for at forsikringstager, har afgivet urigtige risikooplysninger, men også at forsikringsselskabet, ikke ville have overtaget dennes risiko, hvis der var blevet oplyst de korrekte risikooplysninger, ved indtegningen af forsikringen.

Ankenævnets praksis

Ankenævnet for Forsikring har i deres praksis udvist kritik af selskaberne, når de vil påberåbe sig urigtige risikooplysninger, når der er tale om oplysninger, der er nedskrevet af selskabet selv, uden at forsikringstager har haft mulighed for at gennemgå disse oplysninger. Jf. Ankenævnet for Forsikrings praksis.

Et eksempel på dette kunne være når forsikringsselskaberne spørger forsikringstager, om de har haft nogle skader i tidligere selskaber. Fuldstændig som det er sket på denne skadesag.

Det ses at forsikringstager misforstår dette, ved at de ikke anser, at en ikke dækningsberettiget forsikringsbegivenhed, også skal oplyses. Hertil kommer også ansvarsskader, idet forsikringstager måske ikke anser dette som værende en skade, da skylden ligger ved en modpart. Her kan dommen U.2012.1031.Ø tages med i en betragtning. Det ses i U.2012.1031.Ø, at der ikke er tale om en belastende skade, når der er tale om en skyldig modpart, hvor modpartens forsikringsselskab, anerkender 100 %."

Selskabet har i brev af 4/11 2019 til nævnet bl.a. anført:

"[Klagerens repræsentant] klager på vegne af [klageren], over annullering og ændring af klagers forsikringer med tilbagevirkende kraft til ikrafttrædelsesdatoen, grundet urigtige oplysninger afgivet af klager ved indtegnning. Som konsekvens af annullering og ændring af klagers forsikringer pr. ikrafttrædelsesdatoen, er klagers brandskade sket den 25. november 2018, behandlet med forholdsmæssig erstatning på bygningsforsikringen og erstatning for indboet er afvist, da dækningen er annulleret.

Sagens forløb

Tilbud og indtegnning af forsikringerne

Den 6. september 2018 udarbejdes der forsikringstilbud til klager på henholdsvis Indbo, Rejse, Biler og Ulykke, samt bygning (fritids-/nedlagt landbrug). Tilbud vedlagt som bilag 1 og 2.

Forsikringstilbuddene er givet ved assurandørbesøg hos klager pr. samme dato, af henholdsvis en privatassurandør og en landbrugsassurandør. I forbindelse med tilbudsgivningen, har vores assurandører adspurgt klager om hans tidligere forsikringsforhold, herunder skadesforløb, eventuel opsigelse af forsikringer eller skærpede vilkår i tidligere forsikringsselskab(er). Klager oplyste, at han havde haft 1 skade på husforsikring og 2 skader på bilforsikring, og sagde nej til eventuel opsigelse af forsikringer eller skærpede vilkår i tidligere forsikringsselskab(er). Oplysningerne blev påført forsikringstilbuddet af vores assurandører.

Når et tilbud udarbejdes af vores sælgere, i dette tilfælde vores assurandører, skal de stille kunderne en række spørgsmål om tidligere forsikringsforhold, forud for oprettelse af tilbud. Spørgsmålene tager udgangspunkt i vores interne forretningsgange *Overordnede regler for indtegnning af privatkunder* (bilag 3) og *Overordnede regler for kundeudvælgelse ved indtegnning af Erhverv og Landbrugskunder* (bilag 4). Disse regler afgør, på hvilke vilkår (dækninger, priser etc.), der kan oprettes forsikringer på i Alm. Brand Forsikring.

På et fysisk møde mellem kunde og assurandør, har kunden mulighed for at underskrive tilbuddet med det samme, og hvis dette ønskes, foregår det med underskrift via Ipad. Klager ønskede at underskrive tilbuddene med det samme, og vi gennemgår herunder forløbet, hvor klager underskrev forsikringstilbuddene via Ipad.

Selve indtegningsflowet med underskrift via Ipad og godkendelse af tilbuddet, er en smule forskellig for privat salg og erhverv og landbrugssalg. Derfor gennemgår vi forløbet hver for sig.

Tilbud og Ipad underskrift – Privat

Vores assurandører gennemgik tilbuddene på forsikringerne med klager på mødet den 6. september 2018. Efter gennemgang valgte klager at takke ja til indtegnning hos Alm. Brand Forsikring. På

denne baggrund fremsendte vores assurandører tilbuddene til klagers mail, og herefter skulle klager godkende og underskrive via iPad.

Klager blev ført gennem en række sider, hvori der skulle udfyldes manglende oplysninger i tilbuddet, samtidig skulle klager bekræfte de oplysninger, han allerede havde givet om forhold i tidligere forsikringsselskaber. Klager skulle bl.a. bekræfte historik om forløbet i tidligere forsikringsselskab – om der var forsikringer der var blevet opsagt af andet forsikringsselskab, skadesforløb, skærpede vilkår osv. Eksempel på vores underskriftforløb/flow er vedlagt som bilag 5.

I forsikringstilbuddet (bilag 1, side 12) har vi gjort klager opmærksom på eventuelle konsekvenser ved at afgive forkerte oplysninger ved tilbuddets udarbejdelse. Der står oplyst følgende i punktet:

*'Tilbuddet gælder under forudsætning af, at de oplysninger, du har givet os, er korrekte. Hvis der kommer nye oplysninger frem, kan det betyde ændringer i de priser og vilkår, der er med i tilbuddet. Konsekvensen af forkerte oplysninger kan være at Alm. Brand vælger ikke at tegne forsikringen eller det kan betyde, at din erstatning ved en evt. skade bliver nedsat eller helt bortfalder.'**

*teksten fremgår ligeledes på bygningsforsikringstilbuddet (bilag 2, side 6)

På side 3, i bilag 5, under overskriften – Tidligere forsikringsforhold – skulle klager bekræfte, at de oplysninger som han allerede havde givet ved udarbejdelsen af tilbuddet, var korrekte. Han bekræftede ved at sætte flueben i feltet: *'Ja, jeg bekræfter, at ovenstående information er korrekt'*. Det var bl.a. oplysning om skader, og om hvorvidt, at ingen forsikring(er) tidligere var blevet opsagt af et andet forsikringsselskab, eller fået pålagt skærpede vilkår inden for de seneste 2 år.

Hvis klager ikke kunne bekræfte, at oplysningerne var korrekte, skulle klager have oplyst dette til vores assurandører, sådan at de kunne have taget stilling til oprettelsen af forsikringerne, og hvorvidt der kunne udarbejdes et nyt forsikringstilbud.

Klager bekræftede, at han havde haft 1 skade på Husforsikring og 2 skader på Bilforsikring, derudover ingen skader på de øvrige forsikringer. Klager bekræftede ligeledes, at han ikke tidligere var opsagt af et andet forsikringsselskab, ophævet pga. manglede betaling eller pålagt skærpede vilkår.

På side 4 i bilag 5, under overskriften – Accept af betingelser – skulle klager sætte endnu et flueben og bl.a. godkende følgende:

'Jeg bekræfter rigtigheden af de oplysninger, jeg har givet Alm. Brand om mig selv, husstanden og det, jeg ønsker at forsikre.'

'Jeg bekræfter rigtigheden af de oplysninger, jeg har givet om eventuelt tidligere skader.'

Klager satte sit flueben i dette felt – *'Ja, jeg bekræfter, at ovenstående information er korrekt'*, hvilket betyder, at klager endnu en gang bekræftede, at alle oplysninger afgivet ved udarbejdelsen af tilbuddet, var korrekte.

Da klager havde udfyldt og godkendt overstående, var tilbuddet klar til klagers underskrift. Klager skulle nu acceptere at have læst forsikringstilbuddet (forslaget) og serviceaftalen, og herefter

skulle klager underskrive købet af forsikringerne. Som det ses på side 6 i bilag 5, skulle klager udfylde sit navn og skrive under med finger eller touchpen på Ipad'en. Af side 16 i bilag 1, fremgår klagers underskrift.

Vi fremsendte en bekræftelse på købet af forsikringerne til klager pr. e-mail (bilag 6), hvor klager kan se de oplysninger han har afgivet. På side 2 i bilag 6, under punktet – Om dine tidligere forsikringsforhold – står der hvilke oplysninger klager har afgivet og bekræftet ved købet af forsikringerne. Og under punktet – Din accept af forsikringerne – står der bl.a.:

'Med din accept af forsikringstilbud nr. ..., har du bekræftet rigtigheden af de oplysninger, du har givet Alm. Brand om dig selv, husstanden og det, du ønsker at forsikre om eventuelle tidligere skader'

Klager har af flere omgange oplyst og bekræftet de oplysninger, som tilbuddet er udarbejdet ud fra. Han er gjort opmærksom på de konsekvenser det kan have, hvis oplysningerne viser sig at være forkerte, hvor vi tydeligt fortæller, at en konsekvens kan være at erstatning ved en skade bliver nedsat eller helt bortfalder.

Indbo-, Rejse-, Bil- og Ulykkesforsikring indtegnes pr. 1. november 2018. Policerne vedlagt som bilag 7-11.

Tilbud og Ipad underskrift – Erhverv/Landbrug

Bygningsforsikringstilbuddet blev også underskrevet af klager via Ipad, ved afslutningen af mødet med vores assurandører den 6. september 2018.

Tilbuddet blev fremsendt til klagers mail, og klager kunne herefter åbne og godkende via Ipad. Klager skulle opfylde de sidste oplysninger i tilbuddet forinden han kunne underskrive. Her skulle han bl.a. tage stilling til tidligere skader, skærpede vilkår og opsigelse. Klager krydsede i alle felterne nej. Dette fremgår af bilag 2 på side 8, hvor der også fremgår følgende oplysning om konsekvensen, ved ikke at give de korrekte oplysninger.

'De ovenfor anførte oplysninger om skader og skærpede vilkår skal stemme overens med de faktiske forhold. Gør de ikke det, kan det få betydning for pris, vilkår, erstatningens størrelse i tilfælde af skade eller Alm. Brand Forsikring A/S hæftelse jfr. tillige bestemmelserne omkring afgivelse af urigtige oplysninger i Forsikringsaftaleloven.'

På side 5 i bilag 12, skulle klager sætte flueben i boksen, hvor der står således:

'Jeg har læst og forstået indholdet af de dokumenter, der er anført ovenfor, og jeg er klar til at underskrive'.

Da klager satte dette flueben, og klikkede sig videre til selve underskriften, bekræftede han oplysningerne om tidligere forsikringsforhold, og at han var indforstået med konsekvenserne ved at afgive forkerte oplysninger. Klager har underskrevet via Ipad, og underskriften fremgår af side 13 i bilag 2.

Bygningsforsikringen indtegnes pr. 1. november 2018. Police vedlagt som bilag 13.

Brandskade sket den 25. november 2018

Vi modtager den 26. november 2018 anmeldelse af brandskade sket den 25. november 2018 i klagers hus. Anmeldelsen er modtaget af vores samarbejdspartner, som er det skadeservicefirma, der har modtaget anmeldelse og hjulpet klager dagen forinden. Skaden er anmeldt på klagers Indboforsikring på skadenummer ... og på Bygningsforsikringen på skadesnummer

I forbindelse med behandlingen af klagers brandskade, beder vi klager underskrive samtykke, hvori klager skriver under på, at vi bl.a. må indhente og udveksle oplysninger om tidligere forsikrings- og skadesforløb i andre forsikringsselskaber.

Den 27. november 2018 har klager underskrevet dette samtykke. Vedlagt som bilag 14.

Opsigelse af forsikringerne med tilbagevirkende kraft

Da klager har givet samtykke til, at vi må indhente og udveksle oplysninger med hans tidligere forsikringsselskaber, sender vi på den foranledning forespørgsel til bl.a. [tidligere forsikringsselskab 1], [tidligere forsikringsselskab 2] og [tidligere forsikringsselskab 3].

Årsagen til at vi sender forespørgsel til tidligere forsikringsselskaber er, at vi vil undersøge om klagers oplyste skader ved indtegningsregler er korrekte. Jf. vores indtegningsregler i Alm. Brand Forsikring tæller vi to år tilbage på de private forsikringer og fem år tilbage på erhverv/landbrugsforsikringer. I den pågældende sag, har vi dog kun været interesseret i oplysningerne to år tilbage. Vi tæller to år fra underskriftdato, dvs. vi kigger på perioden 6. september 2016 – 6. september 2018.

Oplysninger fra tidligere forsikringsselskaber

Vi modtager svar retur fra [tidligere forsikringsselskab 1] den 28. november 2018 (vedlagt som bilag 15 og 16). De oplyser, at klager indenfor den toårige periode har haft tre skader på sine forsikringer, henholdsvis den 14. august 2017 (brand i emhætte), 26. december 2017 (simpelt tyveri) og 6. september 2017 (solouheld). Alle belastende skader, hvor selskabet har ydet erstatning. De har ydermere sendt opsigelse til klager pr. 7. december 2017, hvori alle forsikringer er opsagt pr. næstkommende hovedforfald.

Vi modtager svar retur fra [tidligere forsikringsselskab 3] den 29. november 2018 (vedlagt som bilag 17 og 18). De oplyser, at klager indenfor den toårige periode har haft to skader på sine forsikringer, henholdsvis den 5. december 2016 (brand i vaskemaskine) og den 24. juni 2017 (indbrud). Begge belastende skader, hvor selskabet har ydet erstatning. De har ydermere sendt brev om skærpede vilkår, i form af præmieforhøjelse og forhøjelse af selvrisiko på klagers Indboforsikring. Brevet er sendt pr. 16. marts 2017, og de skærpede vilkår var gældende fra 5. april 2017.

Vi modtager svar retur [tidligere forsikringsselskab 2] den 29. november 2018 (vedlagt som bilag 19). De oplyser, at klager indenfor den toårige periode har haft en skade på sine forsikringer, den 30. august 2018 (tyveri). Skaden var belastende, da selskabet har ydet erstatning

Når vi lægger de overstående svar sammen, kan vi konkludere, at klager ved indtegningsregler har afgivet urigtige oplysninger. Klager har oplyst om samlet tre skader ved indtegningsregler, men de faktiske oplysninger modtaget fra hans tidligere forsikringsselskaber, tæller seks skader, en fuld opsigelse af hans forsikringer og skærpede vilkår på Indboforsikringen. Skaderne, opsigelse og skærpede vilkår oplistet i kronologisk rækkefølge – se oversigt i bilag 20.

Da disse oplysninger er helt afgørende for indtegnning af forsikringerne, vælger vi at gøre FAL § 6 gældende. Vi ville ikke have tilbudt indtegnning af forsikringerne, hvis vi havde været bekendt med de faktiske oplysninger. Som konsekvens heraf opsiger vi forsikringerne med tilbagevirkende kraft til indtegningsdato og afviser dækning af klagers brandskade.

Vi opsiger dog ikke de lovpligtige ansvarsforsikringer på bilerne, samt branddækningen på huset, da denne sidestilles med lovpligtige dækninger. Her ændrer vi dækninger, priser m.v. til det, vi kunne have tilbudt klager, hvis vi havde været bekendt med de faktiske oplysninger.

Vi har sendt orientering herom pr. mail til klager henholdsvis den 13. december 2018 og den 18. december 2018. Vedlagt som bilag 21-24.

Jf. vores Overordnede acceptregler for indtegnning af privatkunder (bilag 3) og Overordnede regler for kundeudvælgelse ved indtegnning af Erhverv og Landbrugskunder (bilag 4), tilbyder vi kun de lovpligtige forsikringer til kunder der har det skadesniveau, er opsagt af tidligere forsikringsselskab og pålagt skærpede vilkår indenfor seneste to år. Havde vi været bekendt med de faktiske forhold fra de tidligere forsikringsselskaber, havde vi ikke tilbudt klager de ønskede forsikringer (Indbo, Rejse- og Ulykkesforsikring, samt frivillige dækninger på Bil- og Bygningsforsikringen).

Klager har modtaget tilbagebetaling på hans NemKonto for overskydende præmie Indbo, Rejse- og Ulykkesforsikring.

Beregning og udbetaling af erstatning på bygningsforsikringen

Bygningsforsikringen er indtegnet med 1. risiko, hvorfor forsikringssummen danner den øvre grænse for erstatning på bygningen. Forsikringssummen var angivet til 1,3 mio.

Klager har indtegnet bygningen med en årlig præmie på 4.341 kr., og denne er med afsæt i de oplysninger, som klager gav os ved indtegnning. Oplysninger som vi efterfølgende kunne konstatere, var forkerte. Hvis vi havde været bekendt med de faktiske oplysninger, havde branddækningen for bygningen kostet 6.945 kr. i årlige præmie.

Forsikringssummen nedsættes og erstatningen beregnes ud fra forholdet mellem tidligere præmie og ny præmie, dvs. $4.341 \text{ kr.} / 6.945 \text{ kr.} = 62,5 \%$.

Udregningen fremgår ligeledes af bilag 21.

$62,5\%$ af 1,3 mio. = 812.570 kr. (den nye forsikringssum), og dette er allerede udbetalt i erstatning til klager. Udbetalingen er foretaget pr. 22. januar 2019.

Klager har modtaget max erstatning på bygningsforsikringen, og vi kan derfor ikke udbetale yderligere, ej heller på Indboforsikringen, da denne ikke var i dækning pga. opsigelsen pr. ikrafttrædelsesdatoen. Vi yder derfor heller ikke tillæg for FAL § 24.

Praksis på området

[Klagerens repræsentant] angiver i deres sagsfremstilling en række tidligere afsagte Ankenævnskendelser samt en landsretsdom, som de mener er relevante for denne sag. Vi har gennemgået kendelserne og dommen, og vi mener ikke, at de kan bruges til støtte for klager i denne sag.

I forhold til kendelse 77.663, bemærker vi, at vi i denne sag konkret har spurgt til præmieforhøjelse mv., jf. bilag 2, 5, 6 og 12. Modsat kendelse 92.183 så har kunden i nærværende sag også selv haft møde med to assurandører, og klager har selv taget stilling til spørgsmål vedrørende forhold i tidligere forsikringsselskaber samt selv underskrevet og accepteret, at de afgivne oplysninger var korrekte.

Kendelserne 75.487 og 78.797 adskiller sig desuden ved, at indtegnings er sket via en telefonsamtale, ligesom der ikke er fremsendt dokument til underskrift hos kunden. Disse forhold gør sig ikke gældende i denne sag, hvor klager selv har skrevet under og er spurgt til forhold i tidligere selskaber. Endelig bemærker vi i forhold til U.2012.1031Ø, at alle skader, jf. bilag 20, er belastede skader, at klager er samtidig opsagt (bilag 16) samt pålagt skærpede vilkår (bilag 17).

I forhold til Nævnets afgørelse i denne sag, vil vi henvise til følgende kendelser 89.205, 89.784, 90.790 og 90.536. Det fremgår af disse kendelser, at et selskab er berettiget til at opsig forsikringer med tilbagevirkende kraft, jf. FAL § 6, når man som kunde har givet urigtige oplysninger ved indtegningen, og samtidig er gjort bekendt med konsekvenserne deraf.

Afgørelse

Klager er adspurgt om forhold i tidligere forsikringsselskaber, og har udelukkende oplyst tre skader, selvom dette ikke var korrekt. Klager har godkendt oplysningerne om forhold i tidligere forsikringsselskaber, og underskrevet disse. Vi har i forbindelse med sagen været i kontakt med vores assurandører, som begge bekræfter, at det var klager selv som godkendte, underskrev og satte flueben i de felter han selv skulle. Vores assurandører bemærker derudover, at de talte om antal skaderne og evt. skærpede vilkår eller opsigelse i tidligere forsikringsselskaber, hvor klager udelukkende oplyste om samlet tre skader.

Klager kan således ikke gøre gældende, at han ikke er blevet adspurgt om dette, da det fremgår tydeligt af bilag 6, at klager oplyste tre skader. Ydermere er informationen vedrørende oplysning af antal skader, bekræftet en del gange i sagsfremstillingen fra [klagerens repræsentant].

På baggrund heraf, fastholder vi afgørelsen om, at forsikringerne er opsagt og ændret med tilbagevirkende kraft til ikrafttrædelsesdato. Opsigelsen og ændringen af forsikringerne med tilbagevirkende kraft er lavet i overensstemmelse med FAL § 6, da klager ved indtegnings af forsikringerne ikke oplyste det korrekte antal skader, at klager var opsagt af tidligere forsikringsselskab samt pålagt skærpede vilkår.

Af samme årsag er erstatningen af brandskaden på bygning ydet som max erstatning på baggrund af den øvre grænse af forsikringssummen, og vi kan ikke yde yderligere erstatning for bygningen. Ligeledes er skaden afvist på Indboforsikringen."

Klagerens repræsentant har i brev af 20/11 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Der bliver på vegne af selskabet oplyst, at forsikringstager er blevet spurgt til tidligere forsikringsforhold. Dette er også oplyst af forsikringstager. Hertil svares, som jeg tidligere har fremført og som selskabet fremføre: *'Klager oplyste, at han havde haft 1 skade på husforsikring og 2 skader på bilforsikring'*.

Der er altså ikke afvigelser i forklaringen.

Forsikringstager oplyser, at der aldrig blev ham forelagt, at der var afsat krydser i forbindelse med hans underskrift. Selskabet har til dato oplyst, at forsikringstager selv skulle have afsat disse krydser til trods for, at forsikringstager ikke vidste der var blevet sat nogle krydser på mødet.

Nu skriver selskabet så følgende: *'Oplysningerne blev påført forsikringstilbuddet af vores assurandører'*. Det kan derfor slås fast med 100% sikkerhed, at forsikringstager ikke vidste disse krydser blev sat og hvad han derfor i øvrigt skrev under på, da dette ikke blev ham forelagt.

Som jeg tidligere har frembragt på sagen, så er der alene tale om spørgsmål omhandlende tidligere skader. Dette oplyste forsikringstager om, som selskabet nu også har påført i deres skriv. Det er dog stadig til dato direkte imod forsikringstagers opfattelse af forholdene, at der skulle være spurgt bredere eller yderligere ind til tidligere forsikringsforhold end tidligere skader.

Jeg mener klart det er op til forsikringsselskabet at dokumentere, at forholdet skulle være sket anderledes og at der skulle være tilgået forsikringstager spørgsmål af en sådan karakter, at forsikringstager skulle have været vidende om konsekvensen af, kun at oplyse om tidligere skader. Jeg finder det derfor ikke bevist, at selskabet har løftet sin bevisbyrde for, at der er tilgået dem urigtige oplysninger og at de dermed er berettiget til, at lade erstatningen bortfalde med tilbagevirkende kraft.

Det skal i øvrigt bemærkes, at selskabet i deres høringssvar af 4. november 2019 oplyser, at der slavisk skulle være blevet gennemgået tilbud og konsekvensen af en underskrift. Det kan skydes direkte ned, da forsikringstager oplyser, at der aldrig er blevet gennemgået noget materiale, men alene stillet spørgsmål til tidligere forsikringssager. Dermed skal det oplyses, at det på ny er selskabet pligt at dokumentere dette.

Det skal for en god ordens skyld siges, at selskabet ikke har styr på egne akter på sagen, hvorfor dette ikke kan lægge forsikringstager til last. Selskabet fremført i dette skriv følgende:

- *'På side 3, i bilag 5, under overskriften – Tidligere forsikringsforhold – skulle klager bekræfte, at de oplysninger som han allerede havde givet ved udarbejdelsen af tilbuddet, var korrekte. Han bekræftede ved at sætte flueben i feltet: 'Ja, jeg bekræfter, at ovenstående information er korrekt'.*

Det fremgår altså, at selskabet bekræfter til start på sagen, giver medhold i, at deres assurandør har sat krydserne. Men nu er vi tilbage ved, at det skulle være forsikringstager? Herudover snakker vi nu igen forhold, som aldrig er blevet forsikringstager forelagt.

Der er fremført spørgsmål af karakter omhandlende skadehistorik, som forsikringstager har svaret på. Der er på intet tidspunkt stillet yderligere eller uddybende spørgsmål til opsigelse eller skærpede vilkår.

Jeg skal én gang for alle slå fast, at flere af oplysninger på selskabets høringssvar af 04. november 2019 side 2 og 3 ikke er korrekte. Her fremgår det med al tydelighed, at der er tale om, at forsikringstager skulle have sat krydserne, hvilket er direkte i strid med forsikringstagers oplysninger. Han har aldrig sat disse krydser. Ydermere er det i direkte strid med selskabets egne oplysninger, som anerkender til start i deres høringssvar, at det er assurandør der tilføjer disse oplysninger på iPad. Det kan derfor ikke tages til følge, at selskabet skulle 'mene', at forsikringstager har påført disse krydser eller være vidende om konsekvensen af spørgsmål ud for krydserne, da forsikringstager ikke har set disse spørgsmål og ej heller blevet forelagt disse spørgsmål.

Det kan alene oplyses, at forsikringstager har fået rakt iPad over bordet til underskrift. Der er ikke noget om, at forsikringstager skal logge ind på sin mail eller gøre yderligere. Derfor kan det oply-

ses, at det ikke er korrekt oplyst det selskabet fremføre. Eneste handling forsikringstager skulle foretage var at underskrive via iPad. Yderligere handling blev ikke foretaget af forsikringstager.

Hvad angår undersøgelse af tidligere forsikringsforhold, så giver det ingen mening, at forsikringstager skynder sig at underskrive blanket og give tilladelse til, at selskabet undersøger disse forhold, hvis forsikringstager skulle være vidende om, at de oplysninger han har afgivet, er i ond tro og urigtige. Så ville forsikringstager da aldrig give tilladelse til, at selskabet undersøge dette yderligere. Alene på denne baggrund om, at forsikringstager aflevere underskrevet dokument to dage efter vidner om, at forsikringstager har afgivet korrekte svar jf. de spørgsmål der er blevet stillet. Selskabet har mig bekendt ikke fremlagt dokumentation for, at der skulle være blevet stillet disse konkrete spørgsmål og dokumenteret, at der er afgivet urigtige oplysninger. Selskabet har dog givet medhold i, at alle disse spørgsmål er blevet afkrydset af assurandør, hvorfor det ikke kan lægge forsikringstager til last.

Oplysninger om tidligere skadeforhold

Der er altså fra forsikringstagers side oplyst ved indtegnning, at han har haft 2-3 skadesager i det tidligere selskab. Men ved indhentning af tidligere skadesforløb i andre selskaber oplyses det, at der er anmeldt flere skader, heriblandt nulskader, hvilket selskabet ligger til grund for deres påstand om urigtige oplysninger. Hvis selskabet holder fast i deres påstande omkring belastende skader mv., ser vi gerne dokumentation herfor fremlagt. Det fremgår ikke af de dokumenter selskabet er kommet med. Det ligger ikke almindelige mennesker klart, at disse nulskader er relevante. Her skal selskabet som den professionelle part sørge for, at forsikringstager klart kender til risiko ved afgivelse af oplysningerne og belyse, hvad der menes med skadehistorik. Herudover skal det oplyses, at selskabet ikke spørger ind til hverken nul- eller belastende skader. Der spørges alene ind til om forsikringstager har haft skader i tidligere selskab. Det kan derfor ikke fra selskabets side bevises, at forsikringstager skulle have handlet uagtsomt. Vi mener derfor ikke selskabet efterfølgende kan gøre gældende, at forsikringstager skulle have oplyst om skader, der ikke er blevet til spurgt ind til. Der spørges ej heller ind til skærpede vilkår eller lign.

Praksis på området

Som på enhver anden sag, kan selskabet heller ikke på denne skadesag, nikke anerkendende overfor kendelser der bliver fremført. Dette skyldes nok i høj grad, at disse går mod deres argumentation. Dog må kendelserne der er fremlagt, som minimum give et indblik i, hvordan Ankenævnet af flere omgange har fastlagt og godtgjort, at praksis på området er, at det er op til selskaberne at dokumentere urigtige oplysninger. Det er ikke sket på denne skadesag. Jeg skal i den forbindelse henlede Ankenævnets opmærksomhed på, at der er væsentlig større bevisbyrde ved personligt fremmøde end ved skriftlig aftaleindgåelse. Jeg ser det derfor ikke dokumenteret eller belyst, at selskabet skulle have fremført de oplyste spørgsmål, som de selv skriver assurandør har påført. Ydermere skal jeg henlede Ankenævnets opmærksomhed på Østre Landsret – kendelse U.2012.1031.Ø.

Ankenævnet for Forsikring har i deres praksis udvist kritik af selskaberne, når de vil påberåbe sig urigtige risikooplysninger, når der er tale om oplysninger, der er nedskrevet af selskabet selv, uden at forsikringstager har haft mulighed for at gennemgå disse oplysninger. Jf. Ankenævnet for Forsikrings praksis.

Et eksempel på dette kunne være når forsikringselskaberne spørger forsikringstager, om de har haft nogle skader i tidligere selskaber. Fuldstændig som det er sket på denne skadesag. Dermed

har forsikringstager ikke fået læst spørgsmålet op eller fået dette gennemgået korrekt, men besvaret spørgsmålet.

Det ses at forsikringstager misforstår dette, ved at de ikke anser, at en ikke dækningsberettiget forsikringsbegivenhed, også skal oplyses. Hertil kommer også ansvarsskader, idet forsikringstager måske ikke anser dette som værende en skade, da skylden ligger ved en modpart. Her kan dommen U.2012.1031.Ø tages med i en betragtning. Det ses i U.2012.1031.Ø, at der ikke er tale om en belastende skade, når der er tale om en skyldig modpart, hvor modpartens forsikringsselskab, anerkender 100 %.

Opsummering

Der er tilsyneladende blevet fremsendt dokumenter til Ankenævnet, som [klagerens repræsentant] ikke må se, da disse skulle være fortrolige. Jeg skal ikke kunne forholde mig til disse dokumenter jeg ikke må se. Jeg an dog stille mig kritisk overfor disse interne bilag i selskabet, da disse ikke ses værende fremlagt sagen.

Der er altså alene tale om en sag, hvor forsikringstager kan oplyse der ikke er blevet spurgt ind til yderligere forhold og der er afgivet oplysninger jf., hvad forsikringstager mener er skadesager, da sager der ikke har givet udbetaling ikke er talt med. Men dette er der ikke spurgt ind til eller stillet spørgsmålstejn ved. Når bilag fra [tidligere forsikringsselskab 1] og [tidligere forsikringsselskab 3] gennemgås, kan det ses at forsikringstager ikke har givet urigtige oplysninger. Der er så optalt 4 skader i perioden og ikke 3, som forsikringstager huskede det. Resten er rettelig nul-skader og skader, som er anlagt, men ikke har givet udbetaling, hvorfor dette ikke for forsikringstager er at betragte som værende en skadesag, da de er lukket uden yderligere. Fuldstændig som kendelser der er fremlagt på sagen. Ydermere oplyser selskabet, at der er tale om belastende skader? Det fremgår intet sted.

Det skal derfor gøres helt klart, at vi ikke mener der er belæg for, at fjerne erstatningsudbetalinger og opsige forsikringer med tilbagevirkende kraft. Derfor gøres det helt klart, at vi fremfører krav om, udbetaling af erstatning jf. betingelserne og FAL §24, da alle oplysninger er givet i god tro og selskabet ikke kan løfte bevisbyrden for, at der skulle være stillet disse spørgsmål og forsikringstager klart husker, at der blot er bedt om underskrift på iPad.

Dermed kan forsikringstagers oplysninger ikke sidestilles med grov uagtsomhed eller urigtige oplysninger. Herudover belyses det klart i selskabets svar, at det er assurandør der har afgivet krydsene."

Selskabet har i brev af 13/12 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Skader og øvrige forsikringsforhold i tidligere selskaber

Forsikringstilbuddene er udarbejdet af vores to assurandører på mødet ude hos klager. Her har assurandørerne bl.a. spurgt klager indtil følgende omkring hans forhold i tidligere forsikringsselskaber: 1) skadesforløb og 2) eventuel opsigelse af forsikringer eller skærpede vilkår i tidligere forsikringsselskab(er).

Til overstående spørgsmål oplyste klager, at han havde haft 1 skade på husforsikring og 2 skader på bilforsikring, og derudover svarede han *nej* til eventuel opsigelse af forsikringer eller skærpede vilkår i tidligere forsikringsselskab(er).

Det fremgår i bemærkningerne af den 25. november 2019 og i klagen af den 15. oktober 2019, at klager bekræfter oplysningerne omkring skaderne, altså at han i alt har haft tre skader inden for de seneste to år. Oplysningerne er påført forsikringstilbuddet af vores assurandører.

Klager modtog herefter tilbuddene pr. egen mail, da han ønskede at godkende og takke ja til forsikringerne i Alm. Brand. Inden klager kunne godkende og underskrive tilbuddet, skulle han på lpad gennemgå tilbuddet og de oplysninger, som han selv oplyste til vores assurandører. Hele underskriftflowet for begge tilbud er vedlagt vores første svarbrev af den 4. november 2019, som bilag 5 og 12.

Klager har selv forud for sin underskrift udfyldt de sidste manglende oplysninger i tilbuddene, og bekræftet de oplysninger, som han allerede havde afgivet om forhold i tidligere forsikringsselskaber (tre skader). Han har ligeledes bekræftet at han ikke tidligere var opsagt af et andet forsikringsselskab, ophævet pga. manglende betaling eller pålagt skærpede vilkår.

Vi lægger derfor til grund, at klager er adspurgst om overstående spørgsmål, og samtidig er gjort bekendt med konsekvenserne ved at afgive forkerte oplysninger. Klager kan således ikke gøre gældende at han ikke er spurgt om overstående spørgsmål, og at han har handlet i god tro, da oplysningerne om tre skader ikke stemmer overens med de faktiske oplysninger om klagers forsikringsforhold i tidligere selskaber.

Som tidligere nævnt, har der været to assurandører på besøg hos kunden, og vi har i forbindelse med behandling af brandskaden, samt klagen været i kontakt med vores assurandører, som begge bekræfter, at det var klager selv som godkendte, underskrev og satte flueben i de felter han selv skulle ved godkendelse af tilbuddet. Vores assurandører bemærker derudover, at de har talt om antal skaderne og evt. skærpede vilkår eller opsigelse i tidligere forsikringsselskaber, hvor klager udelukkende oplyste om samlet tre skader.

Præcisering af oplysninger fra tidligere selskaber

Vi modtager svar fra tidligere forsikringsselskaber ([tidligere forsikringsselskab 1], [tidligere forsikringsselskab 3] og [tidligere forsikringsselskab 2]) løbende den 28. – 29. november 2018. Alle svarene er vedlagt som bilag 15-19, og vi stiller os derfor undrende overfor, at [klagerens repræsentant] savner dokumentation for disse.

Af svarene fra de tidligere forsikringsselskaber er alle anlagte skader i selskaberne oplyst, og det fremgår tydeligt, hvilke af disse der har medført en udbetaling for selskaberne. Vi har i vores vurdering udelukkende medtaget skader, hvor der er været en udbetaling for selskabet, da det er disse skader, vi betragter som belastende.

[Klagerens repræsentant] mener, at vi har taget 'nulskader' og skader, hvor der er en ansvarlig modpart med i vores vurdering, men dette er ikke korrekt. Dette fremgår af bilag 20, hvor de oplysninger som vi har taget med i vores vurdering, er samlet.

Vi har i bilag 20 samlet alle skaderne med udbetaling for selskabet, samt skærpede vilkår og opsigelse af forsikringerne i en kronologisk rækkefølge. Her ses at klager samlet har haft seks skader, er pålagt skærpede vilkår og opsagt af tidligere forsikringsselskab. Vi kan på den baggrund konkludere at klager ved indtegning af forsikringerne har afgivet urigtige oplysninger, da klager kun

oplyste om tre skader, og vi har derfor med hjemmel i FAL § 6 annulleret indtegningen af forsikringerne med tilbagevirkende kraft til indtegningsdato og afvist dækning af klagers brandskade.

Vi fastholder vores afgørelse og henviser i øvrigt til vores svar inkl. bilag af den 4. november 2019. Vi mener at sagen er klar til behandling på nærværende grundlag."

Klagerens repræsentant har i brev af 27/12 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Ud fra selskabets nye kommentarer, ser vi til dato intet dokumenteret, hvorfor dette må lægge selskabet til last, da de påstår at have stillet de nævnte spørgsmål, uden at kunne dokumentere dette. Ej heller benægter selskabet deres første høringssvar, hvor det tydeligt fremgår, at assurandør har trykket de markerede krydser af. Altså har forsikringstager ikke været vidende omkring dette.

Tidligere høringssvar gav kraftigt indtryk af en enkelt medarbejder havde været til stede hos forsikringstager. Nu er der tale om to assurandører. Selskabet fremfører nu følgende:

- *Forsikringstilbuddene er udarbejdet af vores to assurandører på mødet ude hos klager. Her har assurandørerne bl.a. spurgt klager indtil følgende omkring hans forhold i tidligere forsikringsselskaber: 1) skadesforløb og 2) eventuel opsigelse af forsikringer eller skærpede vilkår i tidligere forsikringsselskab(er).*
- *Til overstående spørgsmål oplyste klager, at han havde haft 1 skade på husforsikring og 2 skader på bilforsikring, og derudover svarede han nej til eventuel opsigelse af forsikringer eller skærpede vilkår i tidligere forsikringsselskab(er).*

Det skal hertil siges, at selskabet på intet tidspunkt har fremlagt et dokument, hvoraf forsikringstager har underskrevet og givet accept på, at disse oplysninger er afgivet af denne. Derfor kan vi ikke tage selskabets oplysninger til følge. Selskabet bliver ved at komme med nye oplysninger på sagen. Men de kan ikke dokumentere noget af dette og hvorfor er der nu to assurandører til stede på mødet?

Endnu mere mærkeligt er det, at de to assurandører kan huske hele forløbet fuldstændig fra A til Z. Har disse assurandører ikke haft andre salg siden de var ude hos denne forsikringstager? Igen er der ikke fremlagt dokument, hvor assurandører skriver under på, at disse oplysninger er af dem afgivet og de står til troende overfor dette. Altså kan vi ikke tage selskabets fremførte svar til følge, da der ikke er hold i disse påstande.

Herudover skal det på det kraftigste præciseres, at der tidligere er beskrevet, hvordan forsikringstager fik rakt en iPad frem og skulle skrive under. Altså er oplysninger og afkrydsede felter ikke gennemgået af forsikringstager, da alt dette var udfyldt af assurandør. Selskabet skriver følgende:

- *Klager modtog herefter tilbuddene pr. egen mail, da han ønskede at godkende og takke ja til forsikringerne i Alm. Brand. Inden klager kunne godkende og underskrive tilbuddet, skulle han på iPad gennemgå tilbuddet og de oplysninger, som han selv oplyste til vores assurandører. Hele underskriftflowet for begge tilbud er vedlagt vores første svarbrev af den 4. november 2019, som bilag 5 og 12.*

Det er ganske enkelt ikke rigtig, hvilket selskabets første høringssvar selv beskriver. Her står det sort på hvidt, at det er selskabets egen assurandør, som har påført de afsatte krydser i dokumentet.

- *'Oplysningerne blev påført forsikringstilbuddet af vores assurandører'.*

Det kan derfor slås fast med 100% sikkerhed, at forsikringstager ikke vidste disse krydser blev sat og hvad han derfor i øvrigt skrev under på, da dette ikke blev ham forelagt.

Alene af ovenstående årsager, kan vi på intet tidspunkt anerkende selskabets udtalelse og grundlag for afvisning af erstatning. Selskabet oplyser følgende, som ganske enkelt ikke er sandt:

- *Vi lægger derfor til grund, at klager er adspurgst om overstående spørgsmål, og samtidig er gjort bekendt med konsekvenserne ved at afgive forkerte oplysninger. Klager kan således ikke gøre gældende at han ikke er spurgt om overstående spørgsmål, og at han har handlet i god tro, da oplysningerne om tre skader ikke stemmer overens med de faktiske oplysninger om klagers forsikringsforhold i tidligere selskaber.*

Det er ganske enkelt ikke dokumenteret, at spørgsmålene er stillet forsikringstager og derfor kan der heller ikke dannes grundlag for afvisning af erstatningen. Det fremgår af akterne, at assurandør satte krydserne. Assurandør havde tillige spurgt forsikringstager om tidligere skader. Ikke omkring opsigelser eller andre forhold i tidligere selskaber. Derfor kan selskabet ikke komme efterfølgende og pådutte sig, at de er fri for erstatningsansvar, når netop konsekvenserne ved manglende oplysninger ikke er forelagt forsikringstager på mødet. Herudover skal det uddybes, at forsikringstager har oplyst om skader i god tro, da det er ham bekendt, at der har været tre skader med udbetaling. Forsikringstager kan derfor ikke lægges til last, at der skulle være andre forhold der spiller ind i en sådan oplysning. Dette er fremlagt i tidligere skriv med henvisning til både ankenævnskendelser og retskendelser på området. Der kan derfor ikke være tvivl om, hvordan sådanne oplysninger skal tillægges en vis mængde usikkerhed, da forsikringstager ikke er vidende om, hvad en skade betyder.

Herudover skal det nævnes, at selskabet har valgt at konkludere, at tidligere selskabers svar er at antage, som værende belastende skader, men det fremgår ingen steder. Ej heller har selskabet kunne dokumentere deres påstand her på. Det kan derfor ikke tages til følge, da selskabet på ny ikke har løftet deres bevisbyrde for, at der er afgivet urigtige oplysninger af forsikringstager samt at selskaberne skulle have tilegnet de enkelte skader at være belastende. Det fremgår af selskabets høringsvar følgende:

- *Af svarene fra de tidligere forsikringsselskaber er alle anlagte skader i selskaberne oplyst, og det fremgår tydeligt, hvilke af disse der har medført en udbetaling for selskaberne. Vi har i vores vurdering udelukkende medtaget skader, hvor der er været en udbetaling for selskabet, da det er disse skader, vi betragter som belastende.*

Altså har selskabet selv konkluderet, hvilke skader der må antages at være belastende.

Selskabet påstår nu, at de har hjemmel i FAL §6 til at afvise erstatningen, grundet urigtige oplysninger, men selskabet har aldrig fremlagt dokumentation for, at det er disse oplysninger der er afgivet af forsikringstager samt det faktum, at selskabet selv har konkluderet, at det er assurandør der har påført oplysninger i krydsfelterne.

Selskabet er derfor ikke berettiget til at tilbageholde erstatningen, da de ikke kan dokumentere de nævnte forhold. Ej heller er der dokumenteret urigtige oplysninger afgivet af forsikringstager, som i god tro har oplyst de forhold han blev forespurgt om på dagen.

Vi kan på den baggrund konkludere at forsikringstager ved indtegnning af forsikringerne *ikke* har afgivet urigtige oplysninger, da klager oplyste om skader i god tro, hvorfor selskabet ikke med hjemmel i FAL § 6 kan annullere indtegningen af forsikringerne med tilbagevirkende kraft til ind-

tegningsdato og afvise dækning af klagers brandskade. Krav fastholdes derfor med tillæg af FAL §24."

Selskabet har i brev af 22/1 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Vi finder anledning til at påpege, at vi ikke mener at der uoverensstemmelser mellem vores svar. Ligeledes finder vi ikke at [klagerens repræsentants] svar bibringer sagen nye oplysninger. Herefter, og på baggrund af indlægget af 27. december 2019, finder vi anledning til at præcisere følgende.

I vores svarbrev af 4. november 2019 på side 1, under overskriften *Tilbud og indtegnning af forsikringerne*, oplyser vi at der var henholdsvis én privatassurandør og én landbrugsassurandør på besøg hos klager på indtegningsmødet, altså to assurandører. I den resterende del af vores svarbrev er der ligeledes flere gange nævnt assurandører i flertal, hvorfor vi ikke mener, at der på noget tidspunkt er givet indtryk af, at der kun skulle være tale om en enkelt assurandør.

[Klagerens repræsentant] antyder, at vi ikke har fremlagt bevis på, hvad klager har oplyst på indtegningsmødet, men her vil vi henvise til allerede fremlagte bilag 1, 2 og 6, hvor det fremgår hvilke oplysninger klager har givet til vores assurandører, samt hans underskrift herpå.

[Klagerens repræsentant] bekræfter endnu en gang i deres skrivelse, at klager har oplyst 1 skade på Husforsikring og 2 skader på Bilforsikring, hvorfor vi ikke mener, at der kan være tvivl om at kunden er adspurgst om skader i tidligere selskab, samt de øvrige indtegningssspørgsmål, herunder om hvorvidt han var opsagt eller pålagt skærpede vilkår af tidligere forsikringsselskab(er).

Vi bemærker i øvrigt, at alene de urigtige oplysninger om antal skader berettiger til annullering og opsigelse med tilbagevirkende kraft til indtegningsdato med henvisning til FAL § 6. Dette jf. vores bilag 3 og 4.

Det er korrekt, at Ipad er overgivet til klager for at underskrive på denne, men inden underskriften kunne sættes, har klager modtaget tilbuddene pr. mail. Klager skulle på Ipad også godkende allerede afgivende oplysninger, og krydse manglede oplysninger af – da dette var gjort, kunne klager sætte sin underskrift."

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

"Forud udfyldt af assurandør

Selskabet påpeger nu, at forsikringstager skulle have oplyst nogle ting på mødet, hvilket ikke er rigtig. Det skal her siges, at der til start i første skriv fra selskabet skrives, at det er assurandør, som udfylder felterne i dette ark, som senere underskrives på tablet på mødet. Det kan derfor aldrig lægge forsikringstager til last, at han skulle have skrevet under på noget, som han ikke vidste var blevet udfyldt. Bemærk her, at forsikringstager har underskrevet disse dokumenter på tablet direkte på mødet. Der har derfor ikke været givet den viden til forsikringstager, at assurandør havde udfyldt disse felter på forhånd, hvorfor selskabet ikke er berettiget til at opsige og fratrække erstatning, da de var velvidende om, at forsikringstager har skrevet under uden viden om de forud udfyldte felter.

Det er således ikke korrekt, når selskabet oplyser, at de har fremlagt bevis for forsikringstagers oplysninger på mødet. Selskabet har aldrig dokumenteret, at forsikringstager skulle have udfyldt dette. Tvært imod skriver de selv, at det er assurandøren, som har udfyldt disse felter. Alene derfor er nedenstående skriv fra selskabet ren fejlinformation og kan ikke tages til følge.

- *[Klagerens repræsentant] antyder, at vi ikke har fremlagt bevis på, hvad klager har oplyst på indtegningsmødet, men her vil vi henvise til allerede fremlagte bilag 1, 2 og 6, hvor det fremgår hvilke oplysninger klager har givet til vores assurandører, samt hans underskrift herpå.*

Skadehistorik

Det skal yderligere bemærkes, at selskabet nok engang slår på, at de mener de skulle have forespurgt forsikringstager til, om denne var opsagt eller pålagt skærpede vilkår i andet selskabet. Dette har selskabet til dato ikke løftet bevisbyrden for skulle være sket. Her må vi tage forsikringstagers ord for gode vare, når han oplyser dette aldrig er blevet ham forelagt. Det giver mening, taget ovenstående i betragtning, hvor assurandør har forud udfyldt disse felter (gul). Alene derfor kan denne påstand ikke tages til følge.

Der blev alene på mødet spurgt om forsikringstagers antal skader i tidligere selskab. Her blev der korrekt nok oplyst (grøn), hvad forsikringstager måtte mene var det antal skader han havde haft, da visse skader aldrig var blevet til andet end anmeldelse og nogle var under selvrisiko. Derfor oplyste forsikringstager, som beskrevet herunder, de skader som han var sikker på, var nogle der var blevet dækket.

- *[Klagerens repræsentant] bekræfter endnu en gang i deres skrivelse, at klager har oplyst 1 skade på Husforsikring og 2 skader på Bilforsikring, hvorfor vi ikke mener, at der kan være tvivl om at kunden er adspurgt om skader i tidligere selskab, samt de øvrige indtegnings-spørgsmål, herunder om hvorvidt han var opsagt eller pålagt skærpede vilkår af tidligere forsikringsselskab(er).*

Selskab oplyser nu, at forsikringstager har underskrevet på iPad

Selskabet skriver nu i deres høringssvar af 22. januar 2020 følgende:

- *Det er korrekt, at Ipad er overgivet til klager for at underskrive på denne, men inden underskriften kunne sættes, har klager modtaget tilbuddene pr. mail.*

Tidligere har selskabet oplyst at forsikringstager skulle have fået tilsendt materialet og gennemgået dette på egen mail og efterfølgende underskrevet og sendt det retur via egen mail. Det viser sig nu ikke at være rigtig. Nu oplyser selskabet rettelig, at der rent faktisk er blevet skrevet under på dette dokument som på mødet, som oplyst af [klagerens repræsentant] og forsikringstager gennem hele forløbet.

Det skal her siges, at selskabet ikke kan påberåbe sig nogen ansvarsfrihedsgrunde på, at de skulle have fremsendt mail med tilbud vedhæftet, samtidig med mødet bliver afholdt. Det gør ikke at forsikringstager har haft mulighed for at læse disse igennem. Ydermere så får forsikringstager besked på at underskrive dokumenterne efter at have afgivet svar på antallet af skader. Altså har resten af oplysningerne, som selskabet selv oplyser, været udfyldt af assurandør. Dermed kan det ikke være rigtig selskabet har ret til, at fjerne erstatning, afvise forhold og opsige forsikringer bagud i tid.

Oplysninger om skadeantal i seneste selskab

- *Vi bemærker i øvrigt, at alene de urigtige oplysninger om antal skader berettiger til annullering og opsigelse med tilbagevirkende kraft til indtegningsdato med henvisning til FAL § 6. Dette jf. vores bilag 3 og 4.*

Igen må vi blot henholde os til, at der bliver spurgt forsikringstager om, hvor mange skader han har haft i tidligere selskab. Altså kan man gå tilbage til seneste selskab og vurdere, hvor mange skader forsikringstager har haft i dette selskab. Her lyver forsikringstager ikke.

Spørgsmålet kan ikke tolkes til at omhandle de seneste to eller tre års skadehistorik. Når spørgsmålet bliver stillet som; *hvor mange skader har du haft i seneste selskab*, så må det antages at forsikringstager alene tænker tilbage på hvad der er anmeldt i seneste selskab og ikke i et evt. endnu tidligere forsikringsforhold.

Selskabet må løfte bevisbyrden for, at de skulle have stillet spørgsmål der kan opfattes direkte som omhandlende andet end seneste selskab. Her kan der ikke henvises til de afsatte krydser, da dette jf. selskabets egne oplysninger er udfyldt af assurandør, hvorfor forsikringstager ikke har været vidende herom.

Er det rimeligt?

Er det rimeligt, at selskaberne stiller krav om forsikringstager skal kunne huske alle skader og oplyse alle forhold på et møde, når der ikke er umiddelbar mulighed for at undersøge forholdene nærmere? Hvis selskabet skal gøre dette gældende fremadrettet, bør Ankenævnet for Forsikring kigge på proceduren for indtegnelse og angive, hvad der skal gå forud for indtegnelse og underskrift og muligvis der skal inddrages en periode, hvor forsikringstager har mulighed for at undersøge disse forhold eller selskaberne selv indhenter disse inden indtegnelse. De gør jo en dyd ud af at undersøge dette ved enhver form for skade, hvorfor selskaberne lige så godt kan pålægges denne procedure inden indtegnelse.

Er det rimeligt, at et enkelt spørgsmål til forsikringstager skal afgøre, om denne har handlet i ond tro uden selskaberne i øvrigt, har undersøgt forholdet? Kunne det være man skulle kigge på, om selskaberne skulle indhente skadesoplysninger inden de godkender en indtegnelse af kunden.

Forsikringstagers fremtidige bank og forsikringsforhold

Det skal oplyses, at der på nærværende sag er sket det, at selskabet har stillet forsikringstager i en position, hvor denne ikke kan indtegnes hverken i bank eller forsikringsselskab.

Mig bekendt må selskaberne ikke blackliste, hvorfor det kan undre mig, at forsikringstager nu ikke kan indtegnes noget sted. Forsikringstager oplyser at han af flere omgange har spurgt om at skifte bank. Dette kan ikke lade sig gøre, da banken indhenter oplysninger via forsikringsdelen og oplyser, at de ikke kan være ham behjælpelig. Altså blander selskabet deres bankdel og deres forsikringsdel sammen. Dette kan jeg ikke se lovligheden i, da det er to fuldstændig forskellige forhold.

Ydermere skal det oplyses, at forsikringstager har prøvet at skifte bank og forsikringsselskab efter selskabet valgte at opsigte forsikringerne bagud i tid. Dette er til dato ikke lykkedes, da selskabet afgiver oplysninger om forsikringstager som gør, at han ikke kan blive indtegnet andet steds.

Det er ikke lykkedes os at få fat i disse oplysninger, men noget kunne tyde på, at forsikringstager er blevet blacklistet, hvilket jeg ikke mener er lovligt i Danmark eller i denne branche, da man i Danmark skal kunne tegne en forsikring og der er krav om man har en bankkonto.

Jeg ser gerne selskabet kommer med et svar her på eller Ankenævnet statuere et eksempel og opdrager selskaberne til, at opføre sig ordentligt i forhold til de oplysninger der videregives i deres interne sagssystemer selskaberne imellem.

Opsummering

Der hersker ingen tvivl om, at selskabet egen assurandør har udfyldt felter som er krydset af. Det er alle parter enige om. Nu er der også enighed om, at forsikringstager har skrevet under på en tablet på selve mødet uden der yderligere er givet tid til gennemlæsning eller undersøgelse af tidligere forhold.

Det kan derfor aldrig lægge forsikringstager til last, at selskabet pådutter forsikringstager, at denne ikke skulle have oplyst korrekte forhold i henhold til tidligere skadehistorik.

Slet ikke når man tager spørgsmålet; *hvor mange skader har du haft i tidligere selskab*, i betragtning. Her kan der ikke herske tvivl om, at forsikringstager har talt sandt.

Vi finder derfor ikke anledning til, at selskabet kan gøre brug af hverken urigtig oplysninger eller forsikringstager skulle have handlet svigagtigt og tilbageholdt oplysninger. Det er alene op til selskabet at modbevise dette og det mener vi tydeligt jf. ovenstående er oplyst til fulde, at selskabet ikke har løftet bevisbyrden for.

Vi ser derfor frem til yderligere udbetaling med tillæg af FAL §24."

Selskabet har i brev af 18/2 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Vi vil først og fremmest henvise til vores tidligere skrivelser af den 4. november 2019, 12. december 2019 og 22. januar 2020 hvor følgende punkter i [klagerens repræsentants] bemærkninger er gennemgået; *Forud udfyldt af assurandør, Skadehistorik, Selskab oplyser nu, at forsikringstager har underskrevet på iPad, Oplysninger om skadeantal i seneste selskab og Opsummering.*

[Klagerens repræsentant] har bragt en ny indsigelse til sagen – *Forsikringstagers fremtidige bank og forsikringsforhold* – da klager angiveligt har udfordringer med at finde andet forsikringsselskab og anden bank.

Sagen her omhandler klagers forsikringsforhold, og Ankenævnet er klageinstans for forsikringsklager, hvorfor klage vedrørende banken, ikke kan inddrages i denne sag. Vi vil derfor udelukkende kommentere på forsikringsdelen.

I forbindelse med opsigelsen/annulleringen af forsikringerne med tilbagevirkende kraft til indtægningsstidspunkt, kan vi oplyse, at kunden ikke er 'blacklistet'. 'Blacklistet' er ikke et udtryk eller et 'stempel' en kunde kan få – hverken internt i Alm. Brand Forsikring eller forsikringsselskaberne imellem.

Vi kan supplerende oplyse, at klager har en Bilforsikring, der er ophørt pga. manglede betaling pr. 23. marts 2019. Klager er i denne forbindelse orienteret om, at en manglede betaling bliver regi-

streret ved Automobilforsikringsselskabernes Fællesregister over kunder, som ikke betaler deres autoforsikringer. Denne registrering er gældende i to år, og udløber pr. 31. mart 2021.

Oplysningerne om klagers forsikringsforhold i Alm. Brand, herunder opsigelsen og den anmeldte skade videregives endvidere kun til andet selskab (tredje part), såfremt de kan forvise klagers skriftlige samtykke til at indhente disse oplysninger. Vi kan hertil oplyse, at vi ikke har givet oplysninger til andre selskaber uden samtykke.

Vi kan i øvrigt ikke svare på, eller stilles til ansvar for, hvad andre forsikringsselskaber har af indtægningsregler.

Vi vil afslutningsvis påpege, at vi ikke mener, at de nye indsigelser har betydning for vurdering af den pågældende sag, som omhandler opsigelsen/annulleringen af forsikringerne med tilbagevirkende kraft til indtegningstidspunkt, og brandskaden af den 25. november 2018."

Klagerens repræsentant har i brev af 25/2 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Skadehistorik

Sagen som omhandler opsigelsen/annulleringen af forsikringerne med tilbagevirkende kraft til indtegningstidspunkt, og brandskaden af den 25. november 2018, er ikke opgjort på korrekt baggrund.

Selskabet afviser og opsiger forsikringerne med bagudvirkende kraft grundet, at forsikringstager 'kun' skulle have oplyst at have tre skader i tidligere selskab, som forespurgt af assurandør.

Det kan dog jf. selskabets fremlagte dokumentation konstateres, at forsikringstager har oplyst korrekt antal skader ud fra spørgsmålet om, hvor mange skader denne havde i tidligere selskab. Det kan derfor ikke lægges forsikringstager til last, at selskabet pludselig indhenter skadehistorik fra de sidste tre år, når spørgsmålet ikke omhandlede dette.

Det kan ej heller lægges forsikringstager til last, at Alm. Brand har vurderet, at alle de tidligere skader har været belastende, uden at tidligere selskaber har ytret dette. Igen må vi henvise til tidligere skriv og de ubekendte forhold, som skal komme forsikringstager til gode.

Assurandør har udfyldt felter

Det er gennemgået tidligere i høringsvar fra klager, at der ikke hersker tvivl om, at assurandør udfylder felterne inden underskrift skal sættes på iPad. Dette konkluderer selskabet selv som tidligere fremført på denne sag. Der er sådan enighed om, at selskabet har sat de tre markeringer/krydser. Forsikringstager får blot at vide der sendes mail med oplysningerne, som han kan læse igennem, hvorpå han bedes skrive under på iPad. Altså har forsikringstager ikke haft mulighed for at se, hvilke krydser der er sat af assurandør eller læse betingelserne igennem inden underskrift. Alene herfor, kan det ikke lægges forsikringstager til last, at selskabet pludselig ikke mener oplysninger er korrekte. Det er dem selv som har udfyldt disse oplysninger.

Øvrige henvisninger

Ydermere skal jeg henlede Ankenævnets opmærksomhed på Østre Landsret – kendelse U.2012.1031.Ø. AK 77663 + AK 92183 + AK 75487 og 78797

Tidligere skriv af 15. oktober 2019 omhandlende god skik bestemmelser, FAL §6 samt koncipistreglen.

Opsummering

Da selskabet ikke har løftet deres del af bevisbyrden for, at forsikringstagere skulle have handlet svigagtigt eller tilbageholdt oplysninger ud fra de dertil stillede spørgsmål, holdt op imod kendelser på området, finder vi ikke selskabet berettiget til, at tilbageholde erstatningen, hvorfor vi fastholder vort fremsatte krav med tillæg af FAL §24 fra tidspunktet for udbetaling af den første erstatning."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af forsikringstilbud af 6/9 2018 på indbo-, rejse-, bil- og ulykkesforsikring fremgår bl.a.:

"Vær opmærksom på at:

- Tilbuddet gælder under forudsætning af, at de oplysninger, du har givet os, er korrekte. Hvis der kommer nye oplysninger frem, kan det betyde ændringer i de priser og vilkår, der er med i tilbuddet. Konsekvensen af forkerte oplysninger kan være at Alm. Brand vælger ikke at tegne forsikringen eller det kan betyde, at din erstatning ved en evt. skade bliver nedsat eller helt bortfalder."

Nævnet har fået forelagt et eksempel på selskabets indtegningsflow for privat salg, som en forsikringstager guides igennem ved accept af et forsikringstilbud fremsendt på mail. Af bekræftelse på forsikringstilbud af 6/9 2018 på indbo-, rejse-, bil- og ulykkesforsikring fremgår bl.a.:

"Om dine tidligere forsikringsforhold

Du har oplyst, at

- du har haft din nuværende forsikring i mere end to år.
- ingen fra husstanden har fået dækket skader i løbet af de seneste 2 år på følgende forsikringer: Indboforsikring, Fritidshusforsikring.
- en eller flere fra husstanden har fået dækket: 1 skade på Husforsikring, 2 skader på Bilforsikring.
- ingen af de følgende forsikringer i dette tilbud er blevet opsagt af andet forsikringsselskab, op hævet på grund af manglende betaling eller pålagt skærpede vilkår, herunder forhøjet selvrisiko, præmieforhøjelse eller opsigelse af dækning: Indboforsikring, Rejseforsikring, Bilforsikring, Ulykkesforsikring.

...

Din accept af forsikringerne

Med din accept af forsikringstilbud nr. ..., har du bekræftet rigtigheden af de oplysninger, du har givet Alm. Brand

- om dig selv, husstanden og det, du ønsker at forsikre
- om eventuelle tidligere skader

Du har givet samtykke til

- at Alm. Brand må opsige de forsikringer, du ønsker opsagt i tidligere forsikringsselskab(er)
- at Alm. Brand må indhente relevante kundeoplysninger – dog ikke helbredsoplysninger – hos dit/dine tidligere forsikringsselskab(er) om tilsvarende forsikringer i dette/disse selskaber. Følgende oplysninger er opfattet af dit samtykke:
 - årsag til opsigelsen hos dit tidligere selskab
 - årsag til ophør/ophævelsen hos tidligere selskab pga. manglende betaling

Ankenævnet for Forsikring

26.

94327

- årsag til eventuelle ændrede eller skærpede vilkår
- opsigelsesdato, ophørsdato og dato for ændrede eller skærpede vilkår
- skadeforløb (antal skader, skadernes størrelse, art og dato for skaderne
- Bonustrin"

Af forsikringstilbud af 6/9 2018 på bygningsforsikring fremgår bl.a.:

"Vær opmærksom på at:

- Tilbuddet gælder under forudsætning af, at de oplysninger, du har givet os, er korrekte. Hvis der kommer nye oplysninger frem, kan det betyde ændringer i de priser og vilkår, der er med i tilbuddet. Konsekvensen af forkerte oplysninger kan være at Alm. Brand vælger ikke at tegne forsikringen eller det kan betyde, at din erstatning ved en evt. skade bliver nedsat eller helt bortfalder."

Nævnet har fået forelagt et eksempel på selskabets indtegningsflow for erhverv- og landbrugs-salg, som en forsikringstager guides igennem ved accept af et forsikringstilbud fremsendt på mail. Af accept af forsikringstilbud af 6/9 2018 på bygningsforsikring fremgår bl.a.:

"Skadeoplysninger

Alm. Brand Forsikring A/S afgiver tilbud på baggrund af de skadeoplysninger, som virksomheden har afgivet for de sidste 5 år (inkl. uafsluttede skader). Oplysningerne skal stemme overens med de faktiske forhold.

Forsikring	Skadetypen (oplyst pr. forsikring)	Året hvor skaden er anmeldt	Erstatning i kr. (inkl. evt. uafsluttede skader)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

...

Hvis der findes eller kan fremskaffes dokumentation for de nævnte skader (skadestatistik fra tidligere forsikringsselskab), skal det vedlægges.

Oplysning om skærpede vilkår i tidligere forsikringsselskaber – 5 år tilbage

For at vi kan være sikre på, at vi kan tilbyde dig forsikringerne på de vilkår, som vi er kommet frem til i dit tilbud, beder vi dig svare på følgende spørgsmål:

Har der været indført særlige skærper i virksomhedens forsikringsvilkår, som følge af skader, manglende betaling eller lignende? ☐ Ja ☒ Nej

Har der været indført særlig selvrisko på grund af skader i en eller flere af virksomhedens forsikringer? ☐ Ja ☒ Nej

Er en eller flere af virksomhedens forsikringer blevet opsagt i andet selskab, som følge af skader, manglende betaling eller lignende? ☐ Ja ☒ Nej

Ankenævnet for Forsikring

27.

94327

Er der for en eller flere af virksomhedens forsikringer varslet forhøjelse af prisen på grund af skader? ☐ Ja ☒ Nej

Er en eller flere af virksomhedens forsikringer ophørt i andet forsikringsselskab på grund af manglende betaling af forsikringspræmie? ☐ Ja ☒ Nej

De ovenfor anførte oplysninger om skader og skærpede vilkår skal stemme overens med de faktiske forhold. Gør de ikke det, kan det få betydning for pris, vilkår, erstatningens størrelse i tilfælde af skade eller Alm. Brand Forsikring A/S hæftelse jfr. tillige bestemmelserne omkring afgivelse af urigtige oplysninger i Forsikringsaftaleloven.

...

Hvad skriver du under på?

På vegne af [klageren] bekræfter jeg med min underskrift, at:

- Jeg accepterer forsikringstilbuddet.
- Undertegnede, på vegne af [klageren]
 - bekræfter rigtigheden af de oplysninger jeg har givet Alm Brand Forsikring A/S om virksomhedens forhold og eventuelle skader."

Nævnet har fået forelagt opsigelses- og ændringsbrev af 7/12 2017 vedrørende indbo-, ulykke-, bil- og husforsikring i tidligere forsikringsselskab 1, brev af 16/3 2017 vedrørende præmie- og selvrisikoforhøjelse i tidligere forsikringsselskab 3, samt mail af 28/11 2018, 29/11 2018 og 29/11 2018 vedrørende skader i tidligere forsikringsselskaber. Af kronisk oversigt med oplysninger fra tidligere selskaber fremgår bl.a.:

"

Dato	Selskab	Produkt	Skade/opsigelse/skærpede vilkår	Erstatning
05.12.2016	[Tidligere forsikringsselskab 3]	Indbo	Brand i vaskemaskine	53.492,27 kr.
24.06.2017	[Tidligere forsikringsselskab 3]	Indbo	Indbrud	1.733.31 kr.
16.03.2017	[Tidligere forsikringsselskab 3]	Indbo	Skærpede vilkår – præmie- og selvrisikoforhøjelse.	
14.08.2017	[Tidligere forsikringsselskab 1]	Indbo	Brand i Emhætte	110.943,71 kr.
06.09.2017	[Tidligere forsikringsselskab 1]	Bil	Solouheld	57.779,98 kr.
07.12.2017	[Tidligere forsikringsselskab 1]	Indbo, Ulykke, Bil & Hus	Opsigelse	
26.12.2017	[Tidligere forsikringsselskab 1]	Indbo	Simpelt tyveri af nøgler	3.024,75 kr.
30.08.2018	[Tidligere forsikringsselskab 2]	Indbo	Tyveri	10.570,00 kr.

Ankenævnet for Forsikring

28.

94327

Skader = 6 stk.
Opsigelse = 1 stk. (Indbo, Ulykke, Bil og Hus)
Skærpede vilkår = 1 stk."

Nævnet har fået forelagt selskabets interne indtegningsregler for privatkunder og erhvervs- og landbrugskunder.

Nævnet udtaler:

Klageren fik den 6/9 2018 tilbud på indbo-, rejse-, bil-, ulykke- og bygningsforsikring i forbindelse med et assurandørbesøg. Selskabet har oplyst, at assurandøren under besøget spurgte klageren om hans tidligere forsikringsforhold, herunder skadesforløb, eventuel opsigelse af forsikringer og skærpede vilkår i tidligere forsikringsselskaber. Klageren oplyste, at han havde haft 1 skade på husforsikring og 2 skader på bilforsikring og svarede nej til eventuel opsigelse og skærpede vilkår i tidligere forsikringsselskaber. Klageren takkede ja til indtegningsregler. På denne baggrund fremsendte assurandørerne tilbuddene til klagerens mail, hvorefter klageren skulle godkende og underskrive via iPad.

Klageren anmeldte en brandskade sket den 25/11 2018, hvor bygning og indbo blev totalskadet.

Selskabet opsagde den 13/12 2018 klagerens indbo-, rejse-, ulykke-, bil- (bortset fra ansvarsdækning) og bygningsforsikring (bortset fra branddækning) med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet og afviste at yde dækning for brandskadet indbo. Selskabet har anført, at klageren har afgivet urigtige oplysninger, da han ikke har oplyst dels om det korrekte antal skader, dels om at han var opsagt af tidligere forsikringsselskab og pålagt skærpede vilkår. Selskabet har udbetalt forholdsmæssig erstatning for skaderne på bygningsforsikringen under henvisning til, at selskabet ville have opkrævet højere præmie, hvis der ved tegningen var givet korrekte oplysninger, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2. Selskabet har anført, at brandforsikringen er indtegnet med en præmie på 4.341 kr., og at præmien ville have været 6.945 kr. Derfor fast-

sættes erstatningen til 62,5 % af summen på ejendommen, som er forsikret til 1,3 mio., hvorefter der er udbetalt 812.570 kr.

Klageren har anført, at han i forbindelse med tegningen oplyste, at han havde haft 2-3 skader i tidligere selskab, at øvrige skader - som han havde anmeldt - aldrig var blevet til noget eller var nulskader, at assurandøren ikke spurgte korrekt ind til tidligere skadehistorik, at der alene blev spurgt til skader i seneste selskab, og at han ikke blev spurgt om opsigelse eller skærpede vilkår i tidligere selskaber. Han har anført, at det var assurandøren, der udfyldte tilbuddene og satte krydsene, og at klageren underskrev på Ipad efter, at denne blev rakt over til ham.

Selskabet har anført, at begge assurandører har bekræftet, at det var klageren, som godkendte, underskrev og satte flueben i de felter, han selv skulle.

Selskabet har fremlagt oplysninger, som selskabet har indhentet fra klagerens tidligere forsikringsselskaber. Heraf fremgår det, at forsikringsselskab 3 har udbetalt erstatning for skade den 5/12 2016 og den 24/6 2017 på indboforsikringen, og at selskabet ved brev af 16/3 2017 forhøjede pris og selvrisiko på indboforsikringen. Det fremgår, at forsikringsselskab 1 har udbetalt erstatning for skade den 14/8 2017, den 6/9 2017 og den 26/12 2017 på henholdsvis indbo-, bil- og indboforsikringen. Ved brev af 7/12 2017 opsagde forsikringsselskab 1 klagerens indbo-, ulykke-, bil- (bortset fra ansvarsdækning) og husforsikring (bortset fra branddækning). Forsikringsselskab 2 har udbetalt erstatning for skade den 30/8 2018 på indboforsikringen.

Indbo-, rejse-, ulykkes- og bilforsikring

Selskabet har fremlagt et eksempel på selskabets indtegningsflow for privat salg, som en forsikringstager guides igennem ved accept af et forsikringstilbud fremsendt på mail. Det fremgår heraf, at en forsikringstager aktivt skal bekræfte blandt andet oplysning om skader, og at "ingen af de følgende forsikringer i dette tilbud er blevet opsagt af andet forsikringsselskab, ophævet grundet manglende betaling, eller har fået pålagt skærpede vilkår, herunder forhøjet selvrisiko, præmieforhøjelse eller opsigelse af dækning". Forsikringstager skal endvidere aktivt bekræfte

rigtigheden af blandt andet "de oplysninger, jeg har givet Alm. Brand om mig selv, husstanden og det, jeg ønsker at forsikre", samt "rigtigheden af de oplysninger, jeg har givet om eventuelt tidligere skader". Forsikringstager bliver herefter bedt om at underskrive købet af forsikringerne.

Af bekræftelse på forsikringstilbud af 6/9 2018 på indbo-, rejse-, bil- og ulykkesforsikring fremgår det blandt andet, at "du har oplyst, at ... * ingen fra husstanden har fået dækket skader i løbet af de seneste 2 år på følgende forsikringer: Indboforsikring, Fritidshusforsikring. * en eller flere fra husstanden har fået dækket: 1 skade på Husforsikring, 2 skader på Bilforsikring. * ingen af de følgende forsikringer i dette tilbud er blevet opsagt af andet forsikringsselskab, ophævet på grund af manglende betaling eller pålagt skærpede vilkår, herunder forhøjet selvrisiko, præmieforhøjelse eller opsigelse af dækning: Indboforsikring, Rejseforsikring, Bilforsikring, Ulykkesforsikring". Det fremgår endvidere, at "med din accept af forsikringstilbud nr. ..., har du bekræftet rigtigheden af de oplysninger, du har givet Alm. Brand * om dig selv, husstanden og det, du ønsker at forsikre * om eventuelle tidligere skader".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren i forbindelse med den elektroniske accept af forsikringstilbuddet har afgivet urigtige oplysninger, da han ikke har oplyst dels om det korrekte antal skader, dels om at han er blevet opsagt og er blevet pålagt skærpede vilkår af tidligere forsikringsselskaber. Nævnet finder, at dette må tilregnes klageren som mindst uagtsomt.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at selskabet har fremlagt et eksempel på selskabets indtegningsflow for privat salg, som en forsikringstager guides igennem ved accept af et forsikringstilbud fremsendt på mail, og at det heraf fremgår, at klageren aktivt skal bekræfte blandt andet oplysning om skader, og at "ingen af de følgende forsikringer i dette tilbud er blevet opsagt af andet forsikringsselskab, ophævet grundet manglende betaling, eller har fået pålagt skærpede vilkår, herunder forhøjet selvrisiko, præmieforhøjelse eller opsigelse af dækning".

Ankenævnet for Forsikring

31.

94327

Nævnet har endvidere lagt vægt på, at klageren har accepteret forsikringstilbuddet ved sin underskrift, og at det af bekræftelse på forsikringstilbud af 6/9 2018 tydeligt fremgår, at han ikke har fået dækket skader i løbet af de seneste 2 år på indbo- og fritidshusforsikring, at han har fået dækket 1 skade på husforsikring og 2 skader på bilforsikring, og at indbo- rejse-, bil- og ulykkesforsikring ikke er blevet opsagt eller pålagt skærpede vilkår af andet forsikringsselskab.

Nævnet har videre lagt vægt på, at det af mail af 28/11 2018, 29/11 2018 og 29/11 2018 fra tidligere forsikringsselskaber fremgår, at klageren har haft 6 skader, hvor der er sket udbetaling inden for de seneste 2 år fra tegningstidspunktet, at klageren ved brev af 16/3 2017 fik forhøjet pris og selvrisiko på indboforsikringen, og at han ved brev af 7/12 2017 fik opsagt indbo-, ulykke-, bil- (bortset fra ansvarsdækning) og husforsikring (bortset fra branddækning).

Nævnet finder, at selskabet har bevist, at selskabet i henhold til sine indtegningsregler ikke ville have tegnet indbo-, rejse-, ulykkes- og bilforsikring (bortset fra ansvarsdækning), hvis de rigtige forhold omkring tidligere skader, opsigelse og skærpede vilkår var oplyst til selskabet ved tegningen af forsikringerne.

Nævnet kan herefter ikke kritisere, at selskabet med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, har ophævet forsikringerne med tilbagevirkende kraft og på denne baggrund har afvist at yde forsikringsdækning for indbo.

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan herefter ikke føre til andet resultat.

Bygningsforsikring

Selskabet har fremlagt et eksempel på selskabets indtegningsflow for erhverv- og landbrugs-salg, som en forsikringstager guides igennem ved accept af et forsikringstilbud fremsendt på mail. Det fremgår heraf, at forsikringstager aktivt bliver bedt om at udfylde virksomhedens skadeoplysninger og oplysning om skærpede vilkår og opsigelse i tidligere forsikringsselskaber. Forsikringstager skal endvidere aktivt bekræfte, at "jeg har læst og forstået indholdet af de do-

kumenter, der er anført ovenfor, og jeg er klar til at underskrive", hvorefter forsikringstager bliver bedt om at underskrive købet af forsikringen.

Af accept af forsikringstilbud af 6/9 2018 på bygningsforsikring fremgår det under punktet "skadeoplysninger", at "Alm. Brand Forsikring A/S afgiver tilbud på baggrund af de skadeoplysninger, som virksomheden har afgivet for de sidste 5 år (inkl. uafsluttede skader). Oplysningerne skal stemme overens med de faktiske forhold". Der er ikke noteret nogle skader. Under punktet "oplysning om skærpede vilkår i tidligere forsikringsselskaber – 5 år tilbage" fremgår det, at "for at vi kan være sikre på, at vi kan tilbyde dig forsikringerne på de vilkår, som vi er kommet frem til i dit tilbud, beder vi dig svare på følgende spørgsmål: Har der været indført særlige skærper i virksomhedens forsikringsvilkår, som følge af skader, manglende betaling eller lignende?", hvortil der er sat kryds ved "Nej". Til spørgsmålene "Har der været indført særlig selvrisko på grund af skader i en eller flere af virksomhedens forsikringer?", "Er en eller flere af virksomhedens forsikringer blevet opsagt i andet selskab, som følge af skader, manglende betaling eller lignende?", og "Er der for en eller flere af virksomhedens forsikringer varslet forhøjelse af prisen på grund af skader?" er der ligeledes sat kryds ved "Nej". Det fremgår endvidere, at "de ovenfor anførte oplysninger om skader og skærpede vilkår skal stemme overens med de faktiske forhold. Gør de ikke det, kan det få betydning for pris, vilkår, erstatningens størrelse i tilfælde af skade eller Alm. Brand Forsikring A/S hæftelse jfr. tillige bestemmelserne omkring afgivelse af urigtige oplysninger i Forsikringsaftaleloven".

Nævnet bemærker, at selskabet i forbindelse med tegningen af bygningsforsikringen har spurgt ind til virksomhedens skadeoplysninger og oplysninger om opsigelse og skærpede vilkår i tidligere forsikringsselskaber.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren i forbindelse med den elektroniske accept af forsikringstilbuddet har afgivet urigtige oplysninger for så vidt angår oplysningen om opsigelse i tidligere forsikringsselskab. Nævnet finder, at dette må tilregnes ham som mindst uagtsomt.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at selskabet har fremlagt et eksempel på selskabets indtegningsflow for erhverv- og landbrugssalg, som en forsikringstager guides igennem ved accept af et forsikringstilbud fremsendt på mail, hvoraf det fremgår, at klageren aktivt blev bedt om at udfylde virksomhedens skadeoplysninger og oplysning om skærpede vilkår og opsigelse i tidligere forsikringsselskaber.

Nævnet har endvidere lagt vægt på, at klageren har accepteret forsikringstilbuddet ved sin underskrift, og at det af accept af forsikringstilbud af 6/9 2018 klart og tydeligt fremgår, at der til spørgsmålet "Er en eller flere af virksomhedens forsikringer blevet opsagt i andet selskab, som følge af skader, manglende betaling eller lignende?" er sat kryds ved "Nej".

Nævnet har videre lagt vægt på, at klageren ved brev af 7/12 2017 fik opsagt sin husforsikring (bortset fra branddækning). Nævnet finder, at klageren burde have oplyst herom uanset, hvorvidt der er tale om en privat- eller erhvervsforsikring, idet det burde have stået ham klart, at en sådan oplysning var vigtig for selskabet, når der tegnes en tilsvarende forsikring.

Nævnet finder, at selskabet har bevist, at selskabet i henhold til sine indtegningsregler ville have tegnet brandforsikringen med en højere præmie, hvis det rigtige forhold om opsigelse var oplyst til selskabet ved tegningen af forsikringen.

Nævnet kan herefter ikke kritisere, at selskabet med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2, har opgjort erstatningen for den brandskadede ejendom som en pro rata erstatning som sket.

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan herefter ikke føre til andet resultat.

Bank- og forsikringsforhold

Klageren har anført, at selskabet har stillet klageren i en position, hvor han ikke kan indtegnes i hverken bank eller forsikringsselskab, og at "jeg ser gerne selskabet kommer med et svar her på

Ankenævnet *for* Forsikring

34.

94327

eller Ankenævnet statuere et eksempel og opdrager selskaberne til, at opføre sig ordentligt i forhold til de oplysninger der videregives i deres interne sagssystemer selskaberne imellem".

Nævnet bemærker, at det fremgår af nævnets vedtægter § 2, at nævnet behandler klager fra forbrugere over tvister, der udspringer af en forsikringsaftale indgået mellem forbrugeren og et forsikringsselskab. Af vedtægternes § 4, stk. 3, nr. 2, fremgår det endvidere, at nævnet kan afvise at behandle en klage, hvis "klagen ikke angår et konkret økonomisk mellemværende mellem parterne eller i øvrigt er useriøs eller unødigt".

Klagerens spørgsmål er i det væsentlige af mere generel karakter og af ingen eller begrænset relevans for den aktuelle konkrete økonomiske tvist mellem parterne.

Nævnet har på den baggrund ikke fundet anledning til at behandle dette klagepunkt.

Med denne bemærkning

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Peter Thønnings