

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 8. december 2021 blev i sag nr. 95354:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

LB Forsikring A/S
Farvergade 17
1463 København K

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har bilforsikring. I klage til nævnet af 13/7 2020 til nævnet har klagerens advokat bl.a. anført:

"På vegne af min klient, ... klager jeg hermed over LB Forsikrings ("selskabets") afslag på at yde dækning for skader på min klients bil, såvel opkrævning af allerede udbetalte ydelser. ...

Min klient har haft og har flere på adressen som lejlighedsvist har brugt de forskellige biler med tilladelse hertil, blandt andet hendes mand, hendes [søskende], hendes [andet familiemedlem] og hendes [barn], uden at de er faste brugere.

Min klients [barn] boede i [by1] på tidspunktet for ulykken i november 2018, og bilen stod fast på min klients adresse i [by2]. Det er korrekt, at min klients [barn] har anvendt bilen, men det har på ingen måde været i et omfang, der har gjort, at hun har været at betragte som fast bruger, der skulle være oplyst selskabet om.

Allerede fordi min klients [barn] ikke var fast bruger og ikke boede på adressen, har min klient ikke haft anledning til at tro, at en lejlighedsvis brug, skulle føre til en ændring på policen, hvorfor det heller ikke kan betragtes som uagtsomt, hverken efter § 6 eller § 7.

Selskabets medarbejder har kontaktet min klient på telefon og optaget samtalerne, som er indgået i sagens behandling. Vedrørende de optagne samtaler med min klient bemærkes, at de fandt sted på et tidspunkt, hvor min klient havde fået besked om ulykken og et brev fra politiet, der insinuerede et misbrug hos min klients [barn]. Påstande der viste sig urigtige, men i sagens natur påvirkede min klient meget på daværende tidspunkt.

Af samme grund var hun "føjelig" og tænkte ikke videre over medarbejderens ledende spørgsmål, som nu bliver anvendt imod hende. Når medarbejderen fx spørger, om [barnet] har haft en bil til fri afbenyttelse, så siger dette ikke noget om hyppigheden, og det er ikke korrekt, at min klients [barn] dagligt har anvendt bilen til at komme i skole.

De nuancer, som selskabet nu lægger vægt på, stod ikke min klient klart ville få nogen betydning, og hun ville have svaret mere præcist, hvis man havde oplyst om årsagen til, at man spurgte. Dette sammenholdt med den ledende spørgeteknik fra medarbejderen gør, at disse forhold ikke kan anvendes som grundlag for, at der skulle være afgivet urigtige oplysninger. Jeg henviser i den forbindelse til god skik-bekendtgørelsens regler om at et selskab skal handle redeligt og loyalt over for sine kunder.

Dertil kommer, at selv hvis der måtte være tale om urigtige oplysninger, så er der ikke reklameret rettidigt i forhold til at gøre reglerne gældende, jf. FAL § 8. Allerede i forbindelse med ulykken fra februar 2018, blev selskabet opmærksom på, at det er min klients [barn], der var fører; hun sendte således en mail den 26. februar 2018 med beskrivelse af ulykken.

Selskabets medarbejder oplyste under en af telefonsamtalerne med min klient, at man kun korresponderer med forsikringstageren og det kan derfor undre, at selskabet med viden om, at der skrives fra en anden afsendermailadresse ikke reagerer herpå, eller anvender de kontaktoplysninger til min klient, som man ligger inde med.

Selskabet var eller burde være bekendt med [barnets] brug af bilen allerede i februar 2018, hvorfor det er for sent at påberåbe sig disse forhold ved brev af april 2019. Jeg henviser til støtte herfor til kendelse nr. 49.942 og nr. 89.294, hvor 8 måneder fandtes at være for sent.

Dette understøttes desuden af almindelige rimelighedsbetragtninger om, at hvis selskabet havde reageret herpå i forbindelse med skaden i februar 2018, så ville min klient desuden kunne nå enten at tegne særskilt forsikring eller afstå fra at lade [barnet] bruge bilen, hvorved nærværende sag kunne være undgået.

Endelig gøres det gældende, at selskabet ikke har ført bevis for, at et udeboende [barn] ikke vil kunne blive omfattet af forsikringen. Selskabet er derfor ikke berettiget til at afslå dækning, som derimod skal fastsættes proratarisk ved eventuel dokumentation for en anden og højere præmiebetaling.

Det vil være en urimelig og uhjemlet udvidelse af selskabets muligheder for at anvende reglerne om urigtige oplysninger, hvis de overordnede regler for indtegning anvendes som absolutte i sager om urigtige oplysninger, men ikke i øvrigt. Selskabet **opfordres (1)** til at redegøre for, om selskabet blandt dets kunder har medlemmer, som ikke ud fra de overordnede regler er medlemsberettiget".

Selskabet har i brev af 28/8 2020 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Vi har modtaget ankenævnsklagen fra ... (herefter benævnt vores medlem), der er uploadet på ankenævnets portal den 5. august 2020. Medlemmet har haft bilforsikring i LB Forsikring; først for

en [bil1] og siden – efter [bil1's] totalskade – for en [bil2] på samme police. Hun klager ved sin advokat over, at vi har afvist at dække skaderne på [bil2] i forbindelse med et uheld den 4. november 2018, hvor bilen blev totalskadet. Endvidere klages der over, at vi har krævet tilbagebetaling af allerede udbetalte ydelser.

Det er medlemmets [barn], der har været den faste bruger af de forsikrede biler, hvilket medlemmet ikke har oplyst til os. Vi har derfor opsagt kaskoforsikringen for bilerne og omtegnet den lovpligtige ansvarsforsikring til kontraheringsvilkår (forhøjet præmie og forhøjet selvrisko) med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet, jf. forsikringsaftalelovens § 7, jf. § 6. Som følge heraf har vi afvist dækning for skaden på [bil2] den 4. november 2018. Vi har endvidere krævet tilbagebetaling af de beløb, vi har betalt i erstatning i henhold til kaskoforsikringen med fradrag for modtaget præmie, ligesom vi har opkrævet forhøjet selvrisko.

Sagens faktiske omstændigheder

Medlemmet indtegnede pr. 1. november 2013 en [bil1] ... i LB Forsikring med medlemmet som ejer/bruger af bilen. Bilen havde tidligere været forsikret i If Forsikring.

Bilen var i 2015 involveret i et færdselsuheld, i hvilken anledning vi udbetalte erstatning på 54.951,88 kr. i henhold til kaskoforsikringen. Der var ingen ansvarsudgift.

Ifølge den telefoniske anmeldelse var det medlemmet selv, der var fører af bilen.

I 2017 blev der anmeldt en ny skade i hvilken anledning vi udbetalte erstatning på 11.717,19 kr. i henhold til kaskoforsikringen. Der var ingen ansvarsudgift. Af den telefoniske anmeldelse fremgik, at bilen holdt parkeret. Der er ikke oplysninger om føreren.

Den 28. januar 2018 var bilen igen involveret i et uheld, i hvilken anledning vi udbetalte erstatning på 21.752,26 kr. i henhold til kaskoforsikringen. Der var ingen ansvarsudgift. Ifølge den telefoniske anmeldelse var det medlemmet selv, der var fører af bilen.

Den 26. februar 2018 var bilen involveret i et nyt færdselsuheld, hvor medlemmets [barn] førte bilen. Hun påkørte et helleanlæg med vejskilt, hvorved bilen blev totalskadet. Ifølge den telefoniske anmeldelse var det medlemmet selv, der førte bilen (det viste sig dog senere, at skaden blev anmeldt af [barn], der udgav sig for at være medlemmet). I anledning af uheldet udbetalte vi 45.400 kr. i erstatning i henhold til kaskoforsikringen. Vi har ikke modtaget nogen opkrævning for skaden på vejskiltet og har derfor ikke haft nogen udgift under ansvarsforsikringen.

Den totalskadede [bil1] blev afløst af en [bil2] ... som den eksisterende police blev videreført med.

Den 31. oktober 2018 var [bil2]'en involveret i et færdselsuheld, mens medlemmets [barn] førte bilen. Hun påkørte i den forbindelse et autoværn. Også denne skade blev telefonisk anmeldt således, at det var medlemmet selv, der havde ført bilen (også her var det dog tilsyneladende [barnet], der udgav sig for at være medlemmet). Vi har i den anledning udbetalt 33.643,19 kr. i erstatning for skaden på autoværnet i henhold til ansvarsforsikringen.

Nogle dage senere – den 4. november 2018 – kørte medlemmets [barn] igen galt i [bil2], hvor hun bl.a. påkørte en modpart. Bilen blev i den forbindelse totalskadet.

Vi har udbetalt erstatning for skade på hegn og modparts bil på i alt 34.371,88 kr. i henhold til ansvarsforsikringen.

Vi modtog politirapporterne, hvoraf det fremgik, at det var medlemmets [barn], der havde ført bilen ved de tre skader henholdsvis den 26. februar, 31. oktober og 4. november 2018.

I forbindelse med behandlingen af skaderne kontaktede vores skadekonsulent den 25. februar 2019 medlemmet. I den forbindelse oplyste medlemmet, at [bil1] var købt til hendes [barn], og at hun allerede havde været den faste bruger af den, siden den blev købt i 2013. Hun havde også været den faste bruger af [bil2], der havde erstattet [bil1], da denne var blevet totalskadet. Medlemmet havde købt bilen til [barnet], så hun lettere kunne komme på arbejde og til sit studie.

[Barnet] havde bilen til fri afbenyttelse. Medlemmet fortalte også, at hun havde haft tre biler indtegnet hos LB Forsikring frem til totalskaden af [bil2]. Bilerne var fordelt sådan, at medlemmet, hendes mand og [barn] havde hver deres bil, som de hver for sig var faste brugere af.

Vi blev også bekendt med, at [bil1] blev indregistreret til medlemmet i februar 2013. Den 6. marts 2013 blev den omregistreret til hendes [barn]. Det var den frem til den 29. august 2013, hvor bilen igen blev registreret til medlemmet.

Medlemmet indtegnede så bilen pr. 1. november 2013 hos LB Forsikring (den var tidligere forsikret i [andet selskab]). I forbindelse med indtegningen havde medlemmet svaret bekræftende på spørgsmålet om, hvorvidt hun i tidligere selskab var blevet pålagt skærpede vilkår og anførte i den forbindelse, at årsagen var, at [barnet] havde været bruger af bilen, men at det nu var medlemmet selv, der var bruger.

Ved brev af 2. april 2019 meddelte vi medlemmet, at hun havde afgivet urigtige oplysninger ved ikke at oplyse, at det var hendes [barn], der havde været den faste bruger af først [bil1] og siden [bil2] indtegnet på samme police, jf. forsikringsaftalelovens § 7, jf. § 6. Såfremt vi havde haft disse oplysninger, ville vi ikke have tegnet kaskoforsikringen, ligesom ansvarsforsikringen – som er lovpligtig – havde været indtegnet på kontraheringsvilkår (højere præmie og højere selvrisko).

Vi opsagde derfor kaskoforsikringen og omtegnede ansvarsforsikringen med tilbagevirkende kraft til indtegningsstidspunktet til rette præmie og selvrisko.

Vi krævede som følge heraf tilbagebetaling af den erstatning, vi havde udbetalt under kaskoforsikringen, samt proratarisk tilbagebetaling af den erstatning, vi havde udbetalt under ansvarsforsikringen.

Efterfølgende frafaldt vi ved brev af 3. maj 2019 kravet om tilbagebetaling af udbetalte erstatninger i henhold til ansvarsforsikringen, men fastholdt tilbagebetalingskravet i henhold til kaskoforsikringen samt den forhøjede selvrisko i relation til de tre skader i 2018, hvor ansvarsforsikringen var i spil. Tilbagebetalingskravet udgjorde 152.151,33 kr.

Medlemmet klagede ved sin advokat ved brev af 9. december 2019 over afgørelsen, som vi fastholdt ved brev af 7. januar 2020. Sagen er efterfølgende indbragt for ankenævnet.

Vores vurdering af sagen

Foranlediget af klagen til ankenævnet har vi gennemgået sagen på ny.

Det er vores klare opfattelse, at medlemmets [barn] siden indtegningen i 2013 var den faste bruger af først [bil1] og efterfølgende [bil2], og at medlemmet ved grov uagtsomhed har afgivet urigtige oplysninger ved ikke at oplyse herom. Vi lægger i den forbindelse afgørende vægt på de oplysninger, medlemmet gav ved telefonsamtalen den 25. februar 2019 med vores skadekonsulent. Her oplyste medlemmet som anført, at hun havde tre biler: en til hende selv, en til hendes mand og den totalskadede bil til hendes [barn], og at hvert familiemedlem fast brugte hver deres bil. De forsikrede biler ([bil1] og [bil2]) havde været [barnets], siden de fik den i 2013, og hun brugte den til at køre til skole og arbejde. Vi bemærker også, at der kun var to i husstanden på medlemmets adresse – medlemmet selv og hendes mand – men at medlemmet har forsikret tre biler på tre policer. Vi bemærker endvidere, at [bil1]’en i en periode i 2013 var registreret til [barnet], men at den efterfølgende blev omregistreret til medlemmet. Endelig bemærker vi, at medlemmets [barn] var fører af bilen i forbindelse med de sidste tre skader inden for en periode på ca. et år.

For så vidt angår bemærkningerne i klagen til nævnet om, at skadekonsulenten stillede ledende spørgsmål, og at medlemmet var påvirket af situationen, skal vi bemærke, at vi – efter igen at have hørt samtalen – fortsat ikke har samme oplevelse af forløbet. Vores skadekonsulent spørger ind til brugerforholdet, og medlemmet svarer på spørgsmålene stille, roligt og fattet. Vi har tidligere fremsendt lydfilen til medlemmets advokat og fremsender den også gerne til nævnet, så fremt nævnet måtte ønske det.

Vi må således fastholde, at der ved grov uagtsomhed er afgivet urigtige risikooplysninger i forbindelse med forsikringens tegning, jf. forsikringsaftalelovens § 7.

Såfremt vi havde modtaget de rette oplysninger om brugerforholdene, ville vi ikke have tilbudt at tegne kaskoforsikringen, ligesom ansvarsforsikringen alene var tegnet på kontraheringsvilkår (som anført med en væsentligt højere præmie og med en højere selvrisiko). Dette skyldes, at LB Forsikring er et medlemsejet forsikringsselskab, hvor man **kun** kan tegne forsikringer (bortset fra lovpligtige) såfremt man opfylder kriterierne for at blive medlem, f.eks. hvis man tilhører en af de tegningsberettigende faggrupper. Vi har henvist vores medlems advokat til hjemmesiden, hvor han kan læse om kriterierne for medlemsberettigelse, men vi har fortsat ikke modtaget nogen redegørelse eller dokumentation for, at medlemmets [barn] skulle være medlemsberettiget.

Da vi således ville have afvist at tegne kaskoforsikringen, såfremt vi havde modtaget de rette oplysninger, har vi som konsekvens heraf opsagt kaskoforsikringen med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet, jf. forsikringsaftalelovens § 7, jf. § 6, stk. 1. Vi har følgelig krævet tilbagebetaling af de erstatningsbeløb, vi har udbetalt i henhold til kaskoforsikringen med fradrag for modtagne præmier.

Vi har haft følgende udbetalinger på kaskoforsikringen:

- Skade den 30. maj 2015: 54.951,88 kr.
- Skade den 11. august 2017: 11.717,19 kr.
- Skaden den 28. januar 2018: 21.752,26 kr.
- Skaden den 26. februar 2018: 45.400 kr.

Ankenævnet for Forsikring

6.

95354

I alt udbetaling på kaskoforsikringen:

54.951,88 kr.
11.717,19 kr.
21.752,26 kr.
45.400 kr.

I alt 133.821,33 kr.

For så vidt angår skaderne den 31. oktober 2018 og den 4. november 2018 har vi som anført ikke udbetalt erstatning under kaskoforsikringen. Vi har dog haft udgifter i relation til motoransvarsforsikringen på henholdsvis 33.643,19 kr. (skaden den 31. oktober 2018) og 34.371,88 kr. (skaden den 4. november 2018).

Som anført har vi ikke krævet tilbagebetaling af udbetalte erstatninger under ansvarsforsikringen.

Henset til at ansvarsforsikringen er ændret til kontraheringsvilkår med tilbagevirkende kraft fra tegningstidspunktet, gælder der en forhøjet selvrisiko på 6.000 kr. pr. skade. Vi har derfor opkrævet dette beløb (ved en fejl angivet til 2019-satsen 6.110 kr.) i relation til begge ansvarsskader. I skaden fra 4. november 2018 er der allerede betalt en selvrisiko på 3.000 kr. Det er derfor alene differencen på 3.000 kr., der skal opkræves for denne skade.

For så vidt angår de skader, der alene har udløst erstatning under kaskoforsikringen men ikke ansvarsforsikringen, har det ikke haft betydning for tilbagesøgningskravet, om selvrisikoen var forhøjet eller ej, da selvrisikobeløbet under alle omstændigheder er fradraget i kaskoerstatningen, vi har krævet tilbagebetalt.

Dette gælder også skaden den 26. februar 2018, hvor medlemmets [barn] påkørte et vejskilt, idet vi aldrig har modtaget en opkrævning i relation til ansvarsskaden og har derfor heller ikke haft en udgift i så henseende. Vi opkræver derfor ikke selvrisikoen på 6.000 kr. i relation til skaden den 26. februar 2018, således som vi ellers havde gjort ved vores brev af 2. april 2019.

I forbindelse med den fornyede gennemgang af sagen i forbindelse med ankenævnsklagen er vi blevet opmærksomme på, at vi ved en fejl har opgjort den samlede præmiebetaling i relation til kaskoforsikringen til 10.428 kr. Det rette beløb er 11.620,59 kr.

Samlet har vi således et krav på:

Kaskoudgifter: 133.821,33 kr.

Selvrisiko for skaden den 31. oktober 2018: 6.000 kr.

Selvrisiko for skaden den 4. november 2018: 3.000 kr.

Fradrag for modtaget præmie: - 11.620,59 kr.

I alt: 131.200,74 kr.

Medlemmets advokat gør i klagen til ankenævnet gældende, at vi har fortabt retten til at påberåbe os afgivelsen af urigtige oplysninger i medfør af forsikringsaftalelovens § 8. Det gøres således både gældende, at medlemmets [barn] ikke er den faste bruger af bilen, men gøres samtidig gældende, at vi allerede i februar 2018 netop burde have vist, at hun var den faste bruger af bilen.

Vi er ikke enige i, at forsikringsaftalelovens § 8 finder anvendelse. I forbindelse med den telefoniske anmeldelse af skaden den 26. februar 2018 udgav medlemmets [barn] sig tilsyneladende for medlemmet og fortalte, at det var medlemmet selv, der førte bilen. For så vidt angår advokatens bemærkninger om mailadressen skal vi bemærke, at medlemmets mailadresse hos os via "MinSide" blev ændret til medlemmets [barns]. Vi var derfor i god tro om, at vi kontaktede medlemmet selv, da vi sendte en mail til den mailadresse, medlemmet var tilknyttet i vores system, og spurgte nærmere til beskrivelsen af ulykken mv. Da vi modtog et svar i "jegform", fattede vores bilskadeafdeling således ikke mistanke om, at det var [barnet], der svarede, idet hun ikke oplyste sit navn i mailen.

Endvidere skal vi bemærke, at det forhold, at en anden end forsikringstageren fører bilen i forbindelse med en skade, ikke i sig selv gør, at vi har pligt til at tage brugerforholdet op til vurdering. Det er således naturligvis tilladt at udlåne sit køretøj lejlighedsvis til andre, herunder til sin [barn].

Vi skal således understrege, at vi i februar 2018 *ingen* mistanke havde om, at [barnet] havde ført bilen, og at et enkeltstående tilfælde af brug af bilen *under alle omstændigheder* ikke ville have medført, at vi havde mistænkt urigtige oplysninger om brugerforholdene.

Vi studse derfor først over, at medlemmets [barn] havde været fører af bilen, da vi blev bekendt med, at hun havde ført bilen i forbindelse med tre skader på under et år. Vi gør opmærksom på, at det ikke fremgår af oplysningerne i anmeldelserne, at medlemmets [barn] var fast bruger, ligesom det i to af anmeldelserne som nævnt er fremstillet som om, at det var medlemmet selv, der var fører af bilen.

Vi blev først bekendt med, at det var [barn]en, der var fører af bilerne, i forbindelse med, at vi modtog politirapporterne. Politirapporten fra skaden den 4. november 2018 modtog vi den 8. november 2018. Politirapporten fra skaden den 31. oktober 2018 tilgik os den 7. januar 2019. Politirapporten fra skaden den 31. oktober 2018 modtog vi den 8. februar 2019.

Først da vi havde viden om, at medlemmets [barn] i alle tre tilfælde havde været fører af bilen, havde vi grundlag for at foretage yderligere undersøgelser, hvilket førte til, at vi ved telefonsamtalen den 25. februar 2019 fik oplyst, at [barnet] vitterlig var den faste bruger af bilen.

Vi henviser også til AK 82.717, hvor nævnet fandt, at et selskab kunne gøre urigtige oplysninger gældende i et tilfælde, hvor der var tale om tredje tilfælde af kørsel med forsikringstagerens barn bag rattet.

Vi bemærker i den forbindelse, at fristen i forsikringsaftalelovens § 8 løber fra det tidspunkt, selskabet har "fået kundskab om oplysningens urigtighed", det vil sige positiv viden herom eller kendskab til omstændigheder, der giver sådan en konkret og begrundet mistanke, at selskabet må forfølge spørgsmålet og ikke kan forholde sig i bevidst uvidenhed. Først da vi havde viden om, at [barnet] havde ført bilen i forbindelse med de tre skader, havde vi efter vores opfattelse grundlag for at foretage yderligere undersøgelser. Der må i den forbindelse overlades selskabet tid til at undersøge sagen. Alternativet havde været at postulere afgivelse af urigtige oplysninger på et mangelfuldt grundlag, hvilket ikke er i nogens interesse.

Det er vores opfattelse, at vi på denne baggrund har gjort indsigelsen om urigtige oplysninger gældende rettidigt, jf. f.eks. FED 1996.1256V (selskabets reklamation efter ca. tre måneder var sket uden unødigt ophold).

Endelig bemærkes det, at formålet med forsikringsaftalelovens § 8 er at undgå, at selskabet spekulerer i, om det skal påberåbe sig, at der er afgivet urigtige risikoplysninger efter at være blevet bekendt hermed. I modsat fald kunne selskabet afvente, om der skete en forsikringsbegivenhed og i så fald påberåbe sig afgivelsen af urigtige oplysninger, men i modsat fald blot lade forsikringsforholdet fortsætte og oppebære præmien. Selskabet har derfor en vis pligt til at reagere, således at en forsikringstager har fornøden anledning til at varetage sine interesser og eventuelt tegne anden forsikring, jf. udkastet til lov om forsikringsaftaler med tilhørende bemærkninger s. 37. Et sådant hensyn er slet ikke til stede i denne sag.

Først efter at vi i februar 2019 blev bekendt med, at [barn]en havde ført bilen ikke blot ved uheldet i februar 2018, men også i forbindelse med de to uheld med få dages mellemrum i oktober/november 2018, havde vi grundlag for at mistænke, at hun kunne være den faste bruger af bilen. På dette tidspunkt var bilen totalskadet, og der var således ikke mulighed for spekulation i, om en ny forsikringsbegivenhed kunne indtræde. Vi henviser til AK 92.126, hvor der heller ikke var en sådan risiko for spekulation, og hvor en reaktionstid fra selskabet på over ni måneder ikke bevirkede, at forsikringsaftalelovens § 8 fandt anvendelse.

På baggrund af ovenstående er det vores opfattelse, at vi er berettiget til at kræve tilbagebetaling af 131.200,74 kr., jf. forsikringsaftalelovens § 7, jf. § 6.

Klagerens advokat har i brev af 6/11 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg har modtaget selskabets indlæg, som giver anledning til følgende bemærkninger.

Vedrørende spørgsmålet om min klients [barns] brug af køretøjet bemærkes, at selskabet ikke har ført bevis for, at [barnet] var fast bruger. Det forhold, at min klient i en samtale, hvor hun følelsesmæssigt er påvirket oplyser, at [barnet] anvender bilen, siger intet om hyppighed eller omfang i øvrigt. Den frie afbenyttelse, som der blev svaret på vedrørte ikke andet eller mere end den ret, som det må anses for ganske normalt at børn har til en families køretøjer, uden at dette udgør en urigtig oplysning vedrørende ejer/bruger forhold.

Selskabets anfører, at man **kun** er medlemsberettiget, såfremt man opfylder kriterierne for at blive medlem ved at tilhører en af de tegningsberettigende faggrupper.

På selskabets hjemmeside er det anført, at de medlemsberettigede til LB Forsikring A/S er personer med uddannelse inden for undervisning, magistre, pædagogik, studerende og ansatte hos samarbejdspartnere.

Selv hvis nævnet måtte komme frem til, at der er afgivet urigtige oplysninger, gøres det gældende, at selskabet ikke ved blot at henvise til ovennævnte medlemsgrupper har ført bevis for, at min klients [barn] slet ikke kunne indtegnes. Selskabet opfordres således fortsat til at oplyse, om selskabet håndhæver medlemsbetingelserne konsekvent, eller om selskabet også forsikrer kunder, der ikke tilhører ovennævnte grupper.

Ankenævnet for Forsikring

9.

95354

Selskabet har i brev af 18/12 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Vi har modtaget indlægget fra medlemmets advokat af 6. november 2020 (delt med os på ankenævnets portal den 3. december 2020).

For så vidt angår spørgsmålet om, hvorvidt medlemmets [barn] var den faste bruger af bilen, henviser vi til bemærkningerne i vores første indlæg til ankenævnet.

For så vidt angår advokatens bemærkninger om medlemsberettigelse skal vi igen understrege, at LB Forsikring er et medlemsejet forsikringsselskab, hvor man udelukkende kan tegne forsikringer (bortset fra lovpligtige) såfremt man opfylder et af vores medlemskriterier. Reglerne om medlemsberettigelse håndhæves konsekvent, og vi afviser at forsikre personer, der ikke opfylder kriterierne (uanset hvor attraktiv en risikoprofil vedkommende i øvrigt måtte frembyde). Det er således helt almindeligt forekommende, at vi afviser anmodninger om at tegne forsikring her i selskabet.

Vi har ikke øvrige bemærkninger og mener, at sagen kan behandles af nævnet på det foreliggende grundlag".

Til dette har klagerens advokat fremsendt brev af 15/3 2021, hvori det bl.a. er anført:

"Da der er tilgået sagen nye oplysninger, skal jeg venligst anmode selskabet om at redegøre for, hvilke muligheder, der var for min klients [barn] for at tegne forsikring. Dette som følge af, at selskabet har gjort gældende, at hun ikke var medlemsberettiget, og dermed ikke ville være tilbudt forsikring - dog uden at redegøre nærmere herfor.

Undertegnede er oplyst, at såfremt man er medlemsberettiget til en af de foreninger eller forbund, som giver ret til at være medlem af LB Forsikring, vil man kunne indtegnes.

Min klients [barn] var og er medlem af [forbund], hvorfor hun kunne blive medlem af Forbrugsforeningen, som giver ret til indtegnelse i LB Forsikring, jf. vedlagte uddrag fra selskabets hjemmeside.

For det tilfælde vil selskabet ikke være berettiget til at afvise dækning i sin helhed, men alene at beregne erstatningen pro ratas, forudsat nævnet kommer frem til, at der er afgivet urigtige oplysninger.

Hertil har selskabet i brev af 26/3 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Vi har modtaget det seneste indlæg fra vores medlems advokat.

Advokaten gør gældende: "Undertegnede er oplyst, at såfremt man er medlemsberettiget til en af de foreninger eller forbund, som giver ret til at være medlem af LB Forsikring, vil man kunne indtegnes." Han oplyser, at da medlemmets [barn] er medlem af [Forbund], *kunne* hun blive medlem af Forbrugsforeningen og derigennem tegne forsikring i LB Forsikring. Han har fremlagt et udskrift fra Forbrugsforeningens hjemmeside med overskriften "Hvem kan blive medlem?"

Vi skal understrege, at ikke er korrekt, at [barn] på denne baggrund var medlemsberettiget i LB Forsikring.

Det er ikke nok til at tegne forsikring i LB Forsikring, at man hypotetisk kunne have været medlem af Forbrugsforeningen (en af vores samarbejdspartnere), hvis man faktisk ikke var det. Der skal have været tale om et faktisk medlemskab. På samme måde er det ikke nok, at man hypotetisk kunne have en lønkonto i ... Bank (en anden af vores samarbejdspartnere). Det kan alle – og det er selvsagt ikke berettigende til at være medlem i LB Forsikring. Det er således et krav, at der var en aktiv lønkonto for at kunne indtegne sig som medlem i LB Forsikring.

Vi har tidligere haft et samarbejde med [andet forbund], hvor det var tilstrækkeligt for medlemskab i LB Forsikring, at man var medlemsberettiget i [andet forbundet], hvilket man eksempel var som jurist eller magister.

Dette samarbejde ophørte for en periode. Siden samarbejdet blev genoptaget, har det for [forbundet] – som for alle de andre organisationer, vi samarbejder med – været et krav for at tegne forsikring i LB Forsikring, at man er aktivt medlem af organisationen.

For Forbrugsforeningens vedkommende er og har det altid været et krav, at man på indtegnings-tidspunktet havde et aktivt Forbrugsforeningsmedlemskort.

Vi skal således fastholde, at medlemmets [barn] ikke var berettiget til at tegne forsikring i LB Forsikring.

Heroverfor har klagerens advokat i brev af 15/6 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Da der er tilgået sagen nye oplysninger, skal jeg venligst anmode selskabet om at opfylde opfordringen om at redegøre for, hvilke tilknytninger der – udover at være indtegningsberettiget hos [andet forbund] – ville føre til, at min klients [barn] kunne indtegnes.

Derudover anmodes selskabet om at oplyse, hvorvidt selskabet som led i kundekontakt rådgiver om muligheden for at tegne forsikring i selskabet ved at melde sig ind i en af de samarbejdspartnere, der giver adgang hertil.

Selskabet har herefter i brev af 2/7 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Vi har modtaget det seneste indlæg fra medlemmets advokat. Vi har gentagne gange redegjort for vores kriterier for medlemsberettigelse og henvist medlemmet og efterfølgende advokaten til vores hjemmeside, hvor de kan læse om kriterierne for medlemsberettigelse, men vi har som anført gennem hele forløbet ikke modtaget nogen redegørelse eller dokumentation for, at medlemmets [barn] skulle være medlemsberettiget.

Advokaten anfører endvidere: *"Derudover anmodes selskabet om at oplyse, hvorvidt selskabet som led i kundekontakt rådgiver om muligheden for at tegne forsikring i selskabet ved at melde sig ind i en af de samarbejdspartnere, der giver adgang hertil."* Vi har svært ved at se, hvorledes dette har nogen som helst betydning for sagen. Sagen vedrører, at der er afgivet urigtige risikoplysninger i forbindelse med tegningen af bilforsikringen, og om vi faktisk ville have tegnet forsikring, så-

fremt de korrekte oplysninger var givet, jf. FAL § 7, jf. § 6. Faktum er, at vi ikke ville have tilbudt kaskoforsikringen men derimod kun ansvarsforsikring på kontraheringsvilkår, hvis vi havde fået oplysning om de rette omstændigheder. Vi har udførligt redegjort herfor.

Afslutningsvis skal vi bemærke, at sagen nu har verseret ved ankenævnet i næsten et år, og at medlemmets advokat hver gang er ca. tre måneder om at uploade et nyt indlæg til nævnet, seneste gang på en halv side der ses uden betydning for sagens afgørelse. Henset til at vi har sat vores opkrævning i bero, mens ankenævns sagen verserer, skal vi venligst henstille til, at sagen nu overgår til behandling ved ankenævnet, så sagen omsider kan blive afgjort.

Heroverfor har klagerens advokat i brev af 3/8 2021 til nævnet bl.a. anført:

" Jeg har modtaget selskabets indlæg af 2. juli 2021, som jeg har følgende bemærkninger til. Selskabet anfører, at det skulle være uden relevans for sagen, hvilke indtegningsmuligheder der var for min klients [barn]. Det er jeg ikke enig i.

Sagen indeholder flere problemstillinger, hvoraf én af dem går på, hvad konsekvensen er, hvis ankenævnet måtte lægge til grund, at der er tale om urigtige oplysninger.

Selskabet har lagt til grund, at konsekvensen er, at der ikke ydes dækning, da man efter det oplyste ikke ville have tilbudt min klients [barn] at tegne forsikring for noget så almindeligt som en kaskoforsikring.

Selskabet har anført, at der på den ene side er strikte regler for indtegning i forhold til at være medlemsberettiget, men på den anden side fremgår det af selskabets indlæg af 26. marts 2021, at der er og har været forskellige samarbejdsaftaler, der kan føre til, at andre end umiddelbart medlemsberettigede også kan tegne forsikringer.

Selskabet anfører dernæst, at klager skal dokumentere sin medlemsberettigelse, hvilket for det første kan være svært, når samtlige aftaler ikke kendes. Når selskabet opfordres til at redegøre herfor, henviser selskabet til hjemmesiden, hvoraf alle tidligere aftaler dog ikke fremgår.

Når der henvises til, at min klients [barn] i hvert fald kunne blive medlemsberettiget ved tilknytning til fx Forbrugsforeningen henviser selskabet til, at hypotetisk medlemsberettigelse ikke gælder.

Det overordnede synspunkt er, at vurderingen af, om min klients [barn] kunne være indtegnet i sagens natur hypotetisk, hvorfor Ankenævnet skal vurdere om en henvendelse dengang fra en kundes [barn] kunne have ført til indtegning. Eventuelt ved rådgivning om mulige tilknytninger til medlemsberettigede organisationer eller samarbejdspartnere, som selskabets policeafdeling giver ved henvendelse. Synspunktet er, at hvis min klients [barn] ville indtegnes, så kunne det lade sig gøre – om end det ville forudsætte et medlemskab i en anden forening – og derfor kan det ikke danne grundlag for en afvisning, men maksimalt pro rata erstatning.

Ovenstående er kun relevant, hvis det vurderes, at der er tale om urigtige oplysninger i forhold til ejer/brugerforholdet. Det fastholdes, at selskabet ikke har sandsynliggjort, at min klients [barn] var fast bruger. Der henvises til tidligere indlæg herom, idet udskrift af adresseoplysninger for min klients [barn] såvel som dem der boede hos min klient, fremlægges.

Selskabet har herefter i brev af 6/8 2021 til nævnet bl.a. anført:

" Vi har modtaget det seneste indlæg fra medlemmets advokat.

Advokaten stiller spørgsmålstegn ved, at vi ikke ville have tegnet forsikring for medlemmets [barn] for "noget så almindeligt som en kaskoforsikring". Som nævnt gentagne gange er LB Forsikring et **medlemsejet** selskab, hvilket indebærer, at kun personer, der opfylder kriterierne for **medlemsberettigelse**, kan tegne forsikring i selskabet. Det gælder uanset, om der er tale om indboforsikring, husforsikring, kaskoforsikring eller enhver anden forsikring, der ikke er lovpligtig.

Det er ikke korrekt, når advokaten skriver, at andre end umiddelbart medlemsberettigede kan tegne forsikring. Alene medlemsberettigede kan tegne forsikring i selskabet. For så vidt angår den særlige situation, der i en periode var alene for [andet forbund] – hvor ikke kun faktisk medlemskab af [andet forbund], men også medlemsberettigelse til [andet forbund] medførte medlemsberettigelse til LB – har vi allerede redegjort for i vores indlæg af 26. marts 2021.

Advokaten har spurgt til, om vi som led i kundekontakt "rådgiver om muligheden for at tegne forsikring i selskabet ved at melde sig ind i en af de samarbejdspartnere, der giver adgang hertil" og anfører *"Det overordnede synspunkt er, at vurderingen af, om min klients [barn] kunne være indtegnet i sagens natur hypotetisk, hvorfor Ankenævnet skal vurdere om en henvendelse dengang fra en kundes [barn] kunne have ført til indtegnning. Eventuelt ved rådgivning om mulige tilknytninger til medlemsberettigede organisationer eller samarbejdspartnere, som selskabets policeafdeling giver ved henvendelse."* Faktum er, at medlemmets [barn] netop *ikke* henvendte sig til os, i hvilken forbindelse hun kunne være oplyst om kriterierne for medlemsberettigelse. I stedet blev forsikringen i ond tro tegnet via hendes mor uden oplysning om, at [barnet] var den faste bruger. Det er svært at rådgive om et emne, man bliver holdt i uvidenhed om. Afgørende for ankenævnets vurdering er alene, hvorvidt vi ville have tegnet kaskoforsikringen, såfremt vi havde fået de korrekte oplysninger om brugerforholdene ved indtegningen. Som redegjort for ville vi have afvist at tegne forsikringen. I så fald kunne vi på forespørgsel fra [barnet] have rådgivet hende om eventuelle muligheder for medlemsberettigelse, hvilket dog aldrig blev aktuelt netop grundet afgivelsen af de urigtige oplysninger.

Hvorvidt medlemmets [barn] i så fald ville have truffet foranstaltninger for at opnå medlemsberettigelse, kan vi kun gisne om og er uden betydning for sagens afgørelse. Afgørende er som anført alene, at vi ikke ville have tegnet forsikringen for medlemmets [barn], som forholdene faktisk var.

Vi henstiller til, at sagen nu videregives til en af sekretariatets jurister med henblik på, at nævnet kan træffe afgørelse."

Nævnets sekretariat har gennemlyttet lydfil af telefonsamtalen den 25/2 2019 mellem klageren og en af selskabets medarbejdere.

Nævnet udtaler:

Ankenævnet for Forsikring

13.

95354

Klageren indtegnede den 1/11 2013 bil1 i selskabet som ejer/bruger af bilen. Efter bil1 blev totalskadet i et færdselsuheld den 26/2 2018 blev bil1 afløst af bil2, som den eksisterende police blev videreført med.

Klageren er utilfreds med, at selskabet — under henvisning til, at klageren ved forsikringens tegning har afgivet urigtige oplysninger om ejer-/brugerforholdene — har afvist at udbetale kaskodækning i anledning af et anmeldt færdselsuheld den 4/11 2018, hvor bil2 blev totalskadet, og at selskabet herudover har fremsat krav om tilbagebetaling af kr. 131.200,74 for en række erstatninger mm., som selskabet tidligere har udbetalt til klageren.

Klageren har over for nævnet anført, at selskabet ikke har godtgjort, at hendes barn var fast bruger af bilen. Klageren har henvist til, at bilen stod fast på hendes adresse, at barnet boede i en anden by, og at barnet kun lejlighedsvist benyttede bilen. Klageren har også anført, at selskabet ved at stille ledende spørgsmål har fået hende til at afgive udtalelser om barnets brug af bilen, der ikke er egnede som grundlag til at vurdere, om barnet var fast bruger af bilen. Hun har videre anført, at selskabet først på et meget sent tidspunkt påberåbte sig forsikringsaftalelovens § 6 og § 7, hvorfor selskabet i medfør af § 8 ikke reklamerede rettidigt. Klageren har herudover gjort gældende, at selskabet ikke har godtgjort, at barnet ikke var berettiget til at tegne forsikring i selskabet.

Selskabet har under henvisning til forsikringsaftalelovens § 7, jf. § 6, ophævet klagerens kaskoforsikring og har omtegnet den lovpligtige ansvarsforsikring til "kontraheringsvilkår (forhøjet præmie og forhøjet selvrisiko)" med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet den 1/11 2013.

Selskabet har til støtte herfor bl.a. anført, at det i forbindelse med undersøgelsen af den anmeldte totalskade af bil2 den 4/11 2018 ved indhentelse af politirapporter konstaterede, at barnet havde været fører af bilen ved nogle af de tidligere anmeldte skader, hvad selskabet ikke tidligere var blevet orienteret om, at klageren over for selskabets skadekonsulent ved telefonsamtale den 25/2 2019 oplyste, at barnet havde været fast bruger af bilerne siden indtegningen

i 2013, at bilerne havde været brugt af barnet til at komme på arbejde og til sit studie, og at klageren og hendes ægtefælle hver især benyttede to andre biler. Selskabet har bemærket, at det ikke finder, at der er anledning til at kritisere spørgsmålene, som selskabets medarbejder stillede klageren ved telefonsamtalen den 25/2 2019.

Selskabet har over for nævnet endvidere fastholdt, at klagerens barn ikke er berettiget til at tegne forsikringer i selskabet, da medlemskab alene tilbydes, hvis man tilhører en af de tegningsberettigende faggrupper. Selskabet har herved anført, at medlemskab af Forbrugsforeningen også giver ret til optagelse i selskabet, men kun såfremt man faktisk er medlem af foreningen, hvilket barnet ikke var, mens bilen var forsikret i selskabet.

Om størrelsen af tilbagebetalingskravet på kr. 131.200,74 har selskabet over for nævnet bl.a. anført, "Som anført har vi ikke krævet tilbagebetaling af udbetalte erstatninger under ansvarsforsikringen. Henset til at ansvarsforsikringen er ændret til kontraheringsvilkår med tilbagevirkende kraft fra tegningstidspunktet, gælder der en forhøjet selvrisiko på 6.000 kr. pr. skade. Vi har derfor opkrævet dette beløb (ved en fejl angivet til 2019-satsen 6.110 kr.) i relation til begge ansvarsskader. I skaden fra 4. november 2018 er der allerede betalt en selvrisiko på 3.000 kr. Det er derfor alene differencen på 3.000 kr., der skal opkræves for denne skade. For så vidt angår de skader, der alene har udløst erstatning under kaskoforsikringen men ikke ansvarsforsikringen, har det ikke haft betydning for tilbagesøgningskravet, om selvrisikoen var forhøjet eller ej, da selvrisikobeløbet under alle omstændigheder er fradraget i kaskoerstatningen, vi har krævet tilbagebetalt. Dette gælder også skaden den 26. februar 2018, hvor medlemmets [barn] påkørte et vejskilt, idet vi aldrig har modtaget en opkrævning i relation til ansvarsskaden og har derfor heller ikke haft en udgift i så henseende. Vi opkræver derfor ikke selvrisikoen på 6.000 kr. i relation til skaden den 26. februar 2018, således som vi ellers havde gjort ved vores brev af 2. april 2019. I forbindelse med den fornyede gennemgang af sagen i forbindelse med ankenævnsklagen er vi blevet opmærksomme på, at vi ved en fejl har opgjort den samlede præmiebetaling i relation til kaskoforsikringen til 10.428 kr. Det rette beløb er 11.620,59 kr. Samlet har vi således et krav på: Kaskoudgifter: 133.821,33 kr. Selvrisiko for skaden den 31. oktober 2018:

Ankenævnet for Forsikring

15.

95354

6.000 kr. Selvrisiko for skaden den 4. november 2018: 3.000 kr. Fradrag for modtaget præmie: - 11.620,59 kr. I alt: 131.200,74 kr."

Selskabet har vedrørende forsikringsaftalelovens § 8 anført, at det ved brev af 2/4 2019 til klageren påberåbte sig urigtige risikooplysninger og fremsatte tilbagebetalingskrav, hvilket var kort tid efter, at selskabet havde grundlag for at gøre forholdet gældende. Selskabet har henvist til, at det modtog politirapporter vedrørende de anmeldte kaskoskader i 2018, den 8/11 2018, den 7/1 2019 og den 8/2 2019, der indeholdt oplysninger om, at barnet havde ført bilen, og det først ved telefonsamtalen den 25/2 2019 fik detaljerede oplysninger, der understøttede, at klageren havde afgivet urigtige oplysninger ved tegningen om ejer/brugerforholdene.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet det bevist, at klagerens barn siden indtegningen af bilen i 2013 har været bruger af bilen, og at selskabet ikke ville have tegnet forsikringen, hvis de rette brugerforhold var blevet oplyst ved tegningen af forsikringen.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren under telefonsamtalen den 25/2 2019 oplyste, at barnet havde været fast bruger af bilerne siden indtegningen i 2013, at bilerne havde været brugt af barnet til at komme på arbejde og til sit studie, og at klageren og hendes ægtefælle hver især hovedsageligt benyttede to andre biler. Nævnet har også lagt vægt på, at barnet var fører af bilen ved 3 uheld i 2018.

Efter nævnets opfattelse er det almindeligt kendt, at præmien for en bilforsikring beregnes ud fra brugerens risikooplysninger, hvorfor klageren burde have oplyst, at barnet var bruger af bilen. Nævnet finder, at undladelsen heraf kan tilregnes klageren som groft uagtsomt. Nævnet kan herefter ikke kritisere, at selskabet i medfør af forsikringsaftalelovens §§ 6 og 7 har ophævet forsikringen med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet i 2013 og har afvist at dække kaskoskaden den 4/11 2018, og at selskabet ved at meddele klageren dette lidt over en måned efter telefonsamtalen den 25/2 2019 har gjort det uden unødigt ophold, jf. forsikringsaftalelovens § 8.

Ankenævnet for Forsikring

16.

95354

Det følger af almindelige forsikringsretlige principper, at et forsikringsselskab, der har udbetalt erstatning i et tilfælde, hvor det ikke har været forpligtet til det, som hovedregel kan kræve den udbetalte erstatning tilbagebetalt.

Denne hovedregel kan fraviges efter principperne om *condictio indebiti*, hvis modtageren har været i god tro om sin berettigelse til beløbet. Da klageren har afgivet urigtige oplysninger ved tegningen, kan nævnet ikke kritisere, at selskabet i overensstemmelse med den over for nævnet fremlagte opgørelse har krævet tilbagebetaling af tidligere udbetalte erstatninger mv. på kr. 131.200,74.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Klagegebyret tilbagebetales, idet selskabet i forbindelse med sagens behandling for nævnet delvist har imødekommet klagerens krav.



Jens Kruse Mikkelsen
formand