

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 20. januar 2021 blev i sag nr. 95538:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

GF-Forsikring A/S
Jernbanevej 65
5210 Odense NV

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har haft bil-, indbo-, hus- og ulykkesforsikring. I brev af 9/7 2020 til nævnet har klagerens repræsentant bl.a. anført:

"Notat:

Selskabet fastholder afvisning af forsikrede og dennes skadesag, anmeldt indbrud 27. dec. 2019, og opsiges forsikringerne bagud i tid, til trods for der ikke er dokumenteret fra selskabet, at forsikrede er i ond tro ved indtegnning eller har handlet med grov uagtsomhed. Ej heller er der dokumenteret et fremsendt acceptbilag med underskrift fra forsikrede.

Herudover opkræves tidligere udbetalte erstatninger, hvilket er helt uhørt.

Klageafdelingens afgørelse er baseret på forkerte forhold og præmisser. Derfor er der grund til at sagen føres i Ankenævnet, fordi der er nogen forskel mellem de faktiske omstændigheder, der er anført og registreret i sagen, hvilket vil få resultatet af sagen til at ændre sig. Fokus er kun på selskabets ensidige fortolkning af sagen.

Afsigelse af kendelse

Domme anvendes sædvanligvis, når der træffes en afgørelse, som afslutter en retssags behandling ved den pågældende instans, mens kendelser og beslutninger anvendes ved afgørelser, der træffes under en retssags behandling.

En kendelse indeholder en række forskellige elementer. Den indledes med hver af parternes påstand, dvs. det resultat, de ønsker, dommen skal munde ud i. Herunder en sagsfremstilling, som omfatter parternes anbringender, dvs. de retlige og faktiske grunde, de anfører til støtte for deres påstande, samt i nødvendigt omfang parternes og eventuelle vidners forklaringer.

I en begrundelse, de såkaldte præmisser, opregnes de faktiske og retlige omstændigheder, som retten eller nævnet har lagt vægt på ved sagens afgørelse og afsluttes med en konklusion.

Det fremgår af retsplejelovens § 218 a, stk. 1, at parternes påstande skal fremgå af dommen/kendelsen. Det gør de ikke på nærværende sag og der mangler store og væsentlige dele af bevisgrundlaget, fremlagt af selskabet. Derfor skal vi bede Ankenævnet tage sagen på nedenstående grundlag.

Forkerte præmisser

Det kan ikke gøres gældende, at selskabets afgørelse lægger vægt på, at forsikrede har udtalt sig om TIDLIGERE FORSIKRINGSSKAB og efterfølgende bliver forsikrede klandret for skader der lå før det tidligere selskab. Da må det være op til selskabets uddannede personale og medarbejdere (den professionelle part), at gøre gældende, hvad der menes i en sådan henseende. Koncipistreglen.

Selskabet fremfører således:

- *'I forbindelse med kundens skifte til GF underskrev kunden acceptbilag d. 27. november 2017'.*

Ovenstående dokument er aldrig fremlagt. Vi har bedt selskabet fremlægge dette mange gange, men uden held. Der er alene fremkommet nedenstående billede:

...

Herefter er alene fremkommet følgende:

- *Som dokumentation for skadeshistorikken fremsendes kopi af de oplysninger, som selskabet har modtaget fra hhv. [andet forsikringsselskab 1] og [andet forsikringsselskab 2], med dokumentation for de 4 skader af hhv. 18/6-16, 12/7-16, 2/7-17 og 23/7-17, som selskabet har medtaget i afgørelsen.*
 - *18/6 2016 – Tyveri af cykel. Udbetalt ca. 17.500 kr. (Indboforsikringen)*
 - *12/7 2016 – Kaskoskade på bil. Udbetalt ca. 35.000 kr. (Bilforsikringen)*
 - *02/07 2017 – Simpelt tyveri – uden for bygning. Udbetalt ca. 3.500 kr. (Indboforsikringen)*
 - *23/7 2017 – Indbrud – uden tegn på voldeligt opbrud. Udbetalt ca. 18.000 kr. (Indboforsikringen)*

Der er således IKKE 3 skader på et enkeltstående produkt i samme selskab, hvorfor afvisning af erstatning ikke kan gøres gældende! Selskabets indtegningsvilkår er derfor overtrådt af selskabet selv.

Selskabets afgørelse lægger stor vægt på, at der ikke er oplyst om tidligere skadesforhold på privatudvalget. Det er ikke korrekt, idet der er oplyst herom, hvorfor præmissen er forkert.

Der er dog ALDRIG fremsendt acceptbilag på dette. Der er således oplyst om tidligere skadesforhold på mødet. Oplysningerne er påført af selskabets assurandør, hvorefter der alene bliver bedt om underskrift og godkendelse af tilbud. Der er dog ikke forespurgt om yderligere på privat tilbud og ej heller fremsendt acceptbilag på nogen af de underskrevne tilbud. Ej heller har selskabet fremlagt dokumentation fra tidligere selskaber.

Bemærk der aldrig er fremsendt acceptbilag på disse oplysninger, hvorfor forsikrede aldrig har haft mulighed for at undersøge dette nærmere og vende tilbage. Forsikrede har derfor aldrig godkendt eller anerkendt de fremlagte oplysninger i kvitteringsbilaget. Det kan derfor ikke lægge for-

sikringstager til last og er en markant forkert præmis, når selskabet lægger vægt på oplysninger om, at forsikrede kendte til forholdet.

Der er spurgt ind til tidligere skadesforhold. Men der er som oplyst aldrig fremsendt acceptbilag herpå. Forsikrede ved derfor af gode grunde ikke, hvad der er registreret, idet han ikke selv har påført disse oplysninger i ovenstående udsnit. Der bliver kun fremsendt tilbud, hvori man skal bekræfte de forsikringer man ønsker at tegne – ikke tidligere skadesforhold. Altså kommer der aldrig et acceptbilag. Forsikrede har derfor ikke anerkendt eller accepteret noget udover at tegne forsikringerne.

Derfor er præmissen for afgørelsen i selskabet markant forkert med direkte forkert udfald. Det er dokumenteret, at der ALDRIG er blevet fremsendt acceptbilag på skaderne. Herudover er der udelukkende tale om 2 skader på privatdelen i tidligere selskab. Forsikrede har derfor ikke haft nogen chance for at gøre yderligere gældende eller anerkende de indtegnede vilkår, hvad angår tidligere skadesforhold. Sagen skal derfor gå om og selskabet må løfte bevisbyrden for, at der er underskrevet acceptbilag, hvilket de ikke kan. Selskabet kan derfor ikke nægte udbetaling af erstatning, opkræve tidligere udbetalte erstatninger og opsige forsikringerne bagud i tid.

Herudover skal det gøre helt klart, at der er tale om selskabets assurandør har udfyldt de forhold som der er sat kryds ud for. Det kan derfor virke noget selvmodsigende, når selskabet pludselig plædere for, at forsikrede skulle have udfyldt disse krydser. Det er fremlagt mange gange, at selskabet selv har anført, at det er deres assurandør, som har sat krydserne. Forsikrede har ikke siddet med papirerne og har alene skrevet under, da han blev bedt om dette. Forsikrede kan derfor ikke være vidende om, hvad der er skrevet ind på papiret inden denne bliver bedt om en underskrift. Forsikrede får alene udstukket et papir, hvor der skal sættes en underskrift og ikke en gennemgang af konsekvenserne ved indtegnning på de forhold, som assurandøren har påført papiret.

Det kan således oplyses, at selskabet har fremlagt usandheder i form af forkerte oplysninger vedrørende indtegnings øjeblikket, idet der aldrig er fremsendt noget bilag til forsikredes gennemgang. Der er således aldrig fremsendt nogen acceptbilag, der er aldrig indskrevet nogen oplysninger om tidligere skadesforhold i de accepterede tilbud af forsikrede og der er til dato ikke dokumenteret, at klager skulle have udfyldt nogen af disse oplysninger.

Der er således tale om et forhold, hvor forsikrede har været i god tro og ikke været vidende om, at krydser i tilbuddet var afkrydset af assurandør. Herudover vidste forsikrede ikke, at tidligere skader havde relevans, da disse ikke blev gennemgået ved underskrift af tilbud. Forsikrede var derfor ikke vidende om, at der var indskrevet forhold i det dokument, som blev ham overrakt på mødet.

Det kan således oplyses, at selskabets afgørelse ikke lægger de rigtige præmisser for afgørelsen til ret. Der er således dokumenteret, at skaderne var oplyst til selskabet og der alene var tale om forhold, indskrevet og efterspurgt af assurandør på mødet. Hvad angår skadesdelen, så er der oplyst om skader, men der er aldrig afgivet accept på disse oplysninger på privat tilbud. Der er ej heller beskrevet i tilbuddet, at der er mulighed for selskabet i at henvende sig til tidligere selskab og undersøge dette nærmere.

Det kan derfor gøres fuldstændig klart, at præmissen for udfaldet på skadesagen er forkert. Der er således klart dokumenteret, at forsikrede har oplyst om skader og afgivet oplysninger i god tro. Denne har dog aldrig blevet forelagt sine egne oplysninger i form af acceptbilag. Der er alene

skrevet under på forsikringer, som forsikrede ønskede oprettet i selskabet. At der herefter pludselig er indskrevet nogle skader, som ikke er fremgået af nogen af de underskrevne bilag, gør at selskabet ikke berettiget til at gøre brug af disse oplysninger. Vi skal i den henseende bede Ankenævnet rette sin opmærksomhed mod følgende kendelse på området, med nøjagtig samme forhold:

• **AK 92183** – Klager over afslag på dækning i forbindelse med et anmeldt tyveri samt opsigelse af forsikringer. Selskabet henviste til, at klager havde afgivet urigtige oplysninger ved tegningen, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, da han ikke havde oplyst om tidligere skader, restancer og skærpede vilkår, samt at det ikke ville have tegnet forsikringerne, såfremt korrekte oplysninger var givet. I forbindelse med tegningen af forsikringerne deltog klager i et personligt møde med selskabets samarbejdspartner, der udfyldte acceptbilaget. Selskabet oplyste, at acceptbilaget blev sendt til klager, hvorefter han returnerede bilaget. Klagers advokat anførte, at klager ikke underskrev acceptbilaget. Nævnet fandt, at selskabet ikke havde bevist, at klager under mødet i forbindelse med indtegningen var blevet spurgt om og havde svaret, at der ikke forelå skyldig præmie i andet selskab, samt at han ikke var blevet pålagt skærpet vilkår. Nævnet fandt endvidere, at selskabet med det fremlagte acceptbilag og den fremlagte mailkorrespondance mellem klager og selskabets samarbejdspartner ikke havde bevist, at klager blev bedt om at gennemgå risikooplysningerne i acceptbilaget for derefter at bekræfte disse oplysningers rigtighed. På den baggrund fandt nævnet, at selskabet ikke havde bevist, at klager havde afgivet urigtige risikooplysninger, der kunne tilregnes ham som mindst uagtsomt, i forbindelse med tegningen af forsikringerne, jf. forsikringsaftalelovens § 6 og § 7, og som ville kunne begrunde en opsigelse af aftaleforholdet. Selskabet havde derfor ikke været berettiget til at opsiage klagers forsikringer med tilbagevirkende kraft. Selskabet var herefter forpligtet til at realitetsbehandle det anmeldte tyveri i overensstemmelse med aftalegrundlaget. Klager medhold.

Vi fastholder derfor fortsat, at forsikrede ikke havde kendskab til de omstændigheder, som selskabet gør gældende på skadesagen, da ingen af disse oplysninger fremgik ved gennemgang af tilbud som blev accepteret. Herudover er der ikke fremlagt eller fremsendt acceptbilag, hvilket er dokumenteret.

Herudover kan selskabet ikke tilbagedatere og gøre gældende, at assurandør har påført oplysninger, som i øvrigt ikke er gennemgået yderligere, til trods for der er oplyst helt specifikt om flere skader fra forsikredes side.

• **AK 90385** – Klager over at selskabet opsagde klagers forsikringer med tilbagevirkende kraft og afviste at yde dækning for et anmeldt indbrudstyveri. Klager havde møde med selskabets forsikringssælger i januar 2015 og skrev på mødet under på, at de ikke indenfor de sidste 3 år havde haft skader i deres tidligere selskab. I forbindelse med den anmeldte skade blev selskabet informeret om, at klager havde haft 9 forskellige skader i det tidligere selskab, hvorfor selskabet opsagde forsikringerne med tilbagevirkende kraft. Det fremgik af sagen, at det var selskabets sælger, der havde udfyldt oplysningerne i købsaftalen, og selskabet anerkendte overfor nævnet, at klager havde givet sælgeren oplysninger om 2 skader samt 1 ældre skade, hvilket han dog ikke havde skrevet i købsaftalen. Klager anførte, at de havde drøftet flere forhold herunder 5 skader. Nævnet kunne ikke lægge til grund, at klager alene havde givet oplysninger om de 3 anførte forhold. Nævnet kunne heller ikke lægge til grund, at der ikke blev oplyst om flere end 3 skader indenfor 3 år. Nævnet fandt, sælgerens handle måde i forbindelse med indtegningen medførte, at selskabet ikke havde løftet bevisbyrden for, at klager havde givet urigtige oplysninger, der havde været af betydning for selskabets overtagelse af forsikringerne. Klager medhold.

Sluttelig skal det gøres gældende, at dette ikke er den første sag GF Forsikring har i nævnet og tabt på selv samme baggrund:

• **AK 65086** – *Klager over selskabs afvisning af at yde erstatning for indbrudstyveri. Selskab begrundet afvisning med, at klager svigagtigt har afgivet urigtige oplysninger ved indtegningen af forsikringen. Nævnet finder det ikke godtgjort, at de urigtige oplysninger er afgivet svigagtigt, og at selskabet ville have undladt at tegne forsikringen, hvis de rigtige oplysninger var afgivet. Klager medhold.*

Vi finder det derfor uomtvisteligt, at forsikrede var i god tro og oplyste om forholdene. Der er tale om en dialog om tidligere skadesforsikringsselskab, som ikke er blevet nærmere undersøgt eller beskrevet i de godkendte tilbud. Det kan derfor ikke tages til følge, når selskabet tillægger forkerte præmisser for afgørelsen. Vi må derfor henvise til at sagen tages op i Ankenævnet med henblik på ovenstående."

Selskabet har i brev af 22/9 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Indledningsvis bekræftes, at [klageren] har tegnet Indboforsikring her i selskabet, hvor forsikringsbetingelser nr. 36-1 er gældende.

1. Sagsfremstilling

1.1. Tvisten

Sagen udspringer af indbrud den 27. december 2019 og vedrører afgivelse af urigtige risikooplysninger i forbindelse med indtegningen i november 2017.

Det kan af klageskemaet udledes, at det er klagers opfattelse, at selskabet ikke har dokumenteret, at klager i forbindelse med indtegnings har afgivet urigtige oplysninger, hvorfor selskabet ikke har været berettiget til at opsige klagers forsikringer med tilbagevirkende kraft, afvise erstatning efter indbrud d. 27. december 2019 eller foretage modregning i tidligere udbetalte erstatninger.

Ydermere er det klagers opfattelse, at selskabet burde have undersøgt klagers skadeoplysninger forud for indtegningen, at selskabet i forbindelse med klagesagen har fremlagt mangelfulde oplysninger og at selskabets assurandør har påført oplysninger i tilbuddet uden forsikringstagers viden og forud for forsikringstagers underskrift.

Det er selskabets opfattelse, at selskabet har været berettiget til at opsige klagers ikke-lovpligtige forsikringer, idet klager i forbindelse med indtegningen har afgivet urigtige risikooplysninger.

1.2. Indtegnings

Som **bilag A** fremlægges acceptbilag underskrevet af klager den 27. november 2017. Med sin underskrift accepterede klager tilbud på tegning af forsikring for bil, indbo, hus og ulykke.

I forbindelse med indtegningen afgav klager risikooplysninger, jf. bilag A side 6. Klager oplyste, at han og hans husstand alene havde haft én skade de seneste 2 år forud for indtegningen.

Klager underskrev tilbuddet og erklærede dermed, at risikooplysningerne var korrekte og at klager var bekendt med, at afgivelse af urigtige oplysninger kunne medføre, at retten til erstatning bortfalde helt eller delvist.

De tegnede forsikringer trådte derefter i kraft i takt med, at de blev overtaget fra klagers tidligere selskab.

Klagers rådgiver har i klageskemaet samt redegørelse af 9. juli 2020 anført, at selskabet ikke har fremsendt kopi af acceptbilaget.

Dette er ikke korrekt. Klager har fremlagt mail til klagers rådgiver af 11. marts 2020 og som det fremgår af mailen, var acceptbilaget i sin helhed vedhæftet.

1.3. Anmeldelse af indbrud d. 27. december 2019

Selskabet modtog digitalskadeanmeldelse den 5. januar 2020 hvoraf det fremgik, at klager havde haft indbrud i sit hjem den 27. december 2019 medens klager var på ferie.

Sagen blev udtaget til nærmere kontrol og på baggrund af skriftligt samtykke fra klager blev der indhentet skadeoplysninger fra klagers tidligere forsikringsselskaber.

1.4. Skadeshistorik

Som **bilag B** fremlægges kopi af skadeshistorik fra [andet forsikringsselskab 1].

Som **bilag C** fremlægges kopi af skadeshistorik fra [andet forsikringsselskab 2].

På baggrund af de indhentede oplysninger kan det udledes, at klager i perioden 2 år forud for underskrift af acceptbilaget havde haft følgende belastende skader (nulskader og afviste skader er ikke medregnet):

- 18/6 2016 – Tyveri af cykel. Udbetalt ca. 17.500 kr. (Indboforsikringen), jf. bilag C
- 12/7 2016 – Kaskoskade på bil. Udbetalt ca. 35.000 kr. (Bilforsikringen), jf. bilag C
- 02/07 2017 – Simpelt tyveri – uden for bygning. Udbetalt ca. 3.500 kr. (Indboforsikringen), jf. bilag B
- 23/7 2017 – Indbrud – uden tegn på voldeligt opbrud. Udbetalt ca. 18.000 kr. (Indboforsikringen), jf. bilag B

Samlet kan udledes, at klager inden for 2 år forud for underskrift af acceptbilag den 27. november 2017, havde 3 belastende skader på indbo og én skade på bil.

Klagers rådgiver har i klageskemaet anført, at selskabet ikke har fremsendt dokumentation for klagers skadeshistorik.

Dette er ikke korrekt, jf. selskabets mail til klagers rådgiver af 26. marts 2020, som er fremlagt af klager.

1.5. Indtegningsregler

Følgende fremgår bl.a. af selskabets indtegningsregler.

Forsikringer kan ikke tegnes hvis kunde/husstanden har haft nedennævnte antal skader eller flere:

År	Belastende skader på enkelt produkt	Belastende skader på kunden (alle produkter)
Inden for 1 år:	2 skader	3 skader
Inden for 2 år:	3 skader	5 skader

En belastende skade skal være sket på et af følgende produkter:

- Motorkøretøjsforsikring
- Indboforsikring
- Hus/sommerhusforsikring
- Kæledyrsforsikring
- Ulykkesforsikring

Definitionen af en belastende skade er:

Skader der har medført udgifter for et forsikringsselskab (med undtagelse af glasskade reparationer) Kommer flere forsikringer i brug ved sammen skadesbegivenhed, betragtes det som én belastende skade.

Som det fremgår, kan forsikring ikke tegnes, hvis kunden/husstanden har haft mere end 3 skader på samme produkt inden for 2 år. Det fremgår desuden, at ved belastende skade forstås en skade, som har medført udgifter for et forsikringsselskab.

Klagers rådgiver har sammen med klageskemaet fremlagt AK 65086, som vedrører en sag fra 2004 som selskabet ganske rigtigt ikke fik medhold i. Dette som følge af, at selskabet ikke kunne fremvise acceptpolitik hvoraf det fremgik, at klageren ikke kunne indtegnes, da denne fejlagtigt havde anført, at klageren ikke tidligere havde haft en indboforsikring.

På den baggrund var det Nævnets opfattelse, at selskabet ikke havde godtgjort, at klageren ikke kunne indtegnes hvis denne havde afgivet korrekte risikooplysninger.

AK 65086 er ikke sammenlignelig med nærværende sag, idet det klart af selskabets skriftlige acceptpolitik kan udledes, at klagers skadeshistorik ikke er forenelig med selskabets acceptpolitik, jf. ovenfor.

1.6. Opsigelse

Eftersom klagers skadeshistorik var uforenelig med selskabets indtegningsregler, blev klagers forsikringer den 4. februar 2020 opsagt med tilbagevirkende kraft, fraset lovpligtige brand-/ansvarsdækninger. Kopi af opsigelsen fremlægges som **bilag D**.

Klager modtog præmieindbetalinger retur for hans ulykke-, bil- (reg. nr. ...), hus-, og indboforsikring d. 14. marts 2020.

I forbindelse med nærværende klagesvar er selskabet blevet opmærksom på, at klager ved en fejl ikke har modtaget præmieindbetalinger retur for bilforsikring vedr. reg. nr. Beløbet er returneret til klager den 16. september 2020.

Som **bilag E – H** fremlægges opgørelser af 14. marts 2020 vedr. tilbagebetaling af præmieindbetalinger på ulykke-, bil- (reg. nr. ...), hus-, og indboforsikring.

Som **bilag I** fremlægges opgørelse af 16. september 2020 vedr. tilbagebetaling af præmieindbetaling på bilforsikring (reg. nr. ...).

Det fremgår af klageskemaet, at selskabet har foretaget modregning i tidligere erstatningsudbetalinger. Dette er ikke korrekt og selskabet har tilbagebetalt klagers præmieindbetalinger krone for krone.

Det er dog selskabets opfattelse, at selskabet henset til omstændighederne havde været berettiget til at foretage modregning i de produkter, hvor der er foretaget erstatningsudbetalinger. Men som oplyst har selskabet ikke foretaget modregning i sagen.

1.7. Udfyldelse af acceptbilag

Klagers rådgiver har i klageskemaet og i redegørelse af 9. juli 2020 anført, at selskabets assurandør har tilføjet oplysninger i acceptbilaget uden klagers viden, herunder at det var assurandøren der udfyldte afsnittet om risikoplysninger, som desuden var i modstrid med de risikoplysninger, som klageren mundtligt gav til assurandøren.

Klagerens rådgiver har i redegørelse af 9. juli 2020 henvist AK 92183. Sagen vedrører mundtlig indtegning som medfører, at selskabet har en streng bevisbyrde ved tilfælde af urigtige oplysninger, som Ankenævnet fandt, at selskabet ikke havde løftet.

AK 92183 er ikke sammenlignelig med nærværende sag, hvor klager har underskrevet acceptbilaget og altså skriftligt bekræftet risikoplysningerne.

Klagerens påstand om, at selskabets assurandør har udfyldt risikoplysninger, ovenikøbet i modstrid med de oplysninger, som klageren mundtligt afgav til assurandøren, har selskabet tidligere ganske afvist, jf. mail til klagers rådgiver af 11. marts 2020. Som det fremgår af mailen, har selskabets foreholdt klagers påstand til den pågældende assurandør, som på det bestemteste afviser klagerens påstand. Den eneste tilføjelse assurandøren har foretaget i acceptbilaget er teksten '[samlevende] + [klageren] begge på bil', jf. bilag A, s. 1.

Denne tilføjelse har ingen retlig indflydelse på opsigelsen af klagers forsikringer.

Ydermere skal påpeges, at uanset om klageren selv har udfyldt risikoplysningerne eller ej, så tilkommer det klageren inden sin skriftlige underskrift at sikre, at oplysningerne er korrekte.

Der henvises i den forbindelse til AK 88103 hvor klageren gjorde gældende, at hun mundtligt oplyste assurandøren om at hun tidligere var opsagt, hvorefter assurandøren udfyldte begæringen som klageren underskrev. Ankenævnet fandt at klageren havde afgivet urigtige oplysninger og at hun ikke havde bevist, at hun havde oplyst assurandøren om den tidligere opsigelse.

2. Sammenfatning

Sammenfattende er det selskabets opfattelse, at klageren i forbindelse med indtegningen har afgivet forkerte risikoplysninger. Det kan således udledes, at klager inden for 2 år forud for under-

skrift af acceptbilag den 27. november 2017, havde 3 belastende skader på indbo og én skade på bi, jf. bilag B og C.

Det kan tillige udledes, at klagers skadeshistorik medfører, at forsikringen ikke kunne indtegnes såfremt selskabet havde modtaget korrekte risikooplysninger.

Som det fremgår af acceptbilaget, jf. bilag A, har klager ved sin underskrift bekræftet risikooplysningerne. Selskabet bestrider, at assurandøren har udfyldt risikooplysningerne. Klagerens rådgiver har i redegørelse af 9. juli 2020 anført, at selskabets assurandør udfyldte acceptbilaget **før** klager underskrev dokumentet. Som anført bestrider selskabet dette, men såfremt klagerens påstand skulle kunne lægges til grund er det fortsat klagerens ansvar at sikre, at risikooplysningerne er korrekte før bilaget underskrives.

Selskabet har følgelig i medfør af FAL § 5, stk. 1 eller § 6, stk. 1 været berettiget til at opsig klagers ikke-lovpligtige forsikringer, hvorfor klager ikke er berettiget til erstatning i anledning af indbruddet 27. december 2019.

Vi afventer herefter nævnets afgørelse."

Klagerens repræsentant har i brev af 12/10 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Efter gennemgang af selskabets seneste høringssvar på sagen, må det konstateres, at selskabet ikke fremkommer med nye og for sagens afgørelse væsentlige oplysninger. Selskabets afvisning af erstatningskravet findes således uberettiget, og det bemærkes, at selskabet hverken har givet en klar eller grundig begrundelse for afvisningen, der kan eller bør tages til følge.

Ankenævnets opmærksomhed henledes på, at selskabets høringssvar alene indeholder en gentagelse af selskabets ikke-dokumenterede påstande og grundløse antagelser. Det er samtidig direkte misvisende på flere punkter og dermed egnet til at give det fejlagtige indtryk, at forsikrede bevidst har opgivet falske oplysninger eller udeladt vigtige oplysninger. Dette afvises på det kraftigste, og vi skal samtidig henvise til § 3 bekendtgørelse om god skik for finansielle virksomheder, hvorefter der stilles krav til selskabets loyale og redelige adfærd over for dets kunder.

Selskabet fremfører således følgende:

- *'Som det fremgår, kan forsikring ikke tegnes, hvis kunden/husstanden har haft mere end 3 skader på samme produkt inden for 2 år'.*
- *'Sammenfattende er det selskabets opfattelse, at klageren i forbindelse med indtegningen har afgivet forkerte risikooplysninger. Det kan således udledes, at klager inden for 2 år forud for underskrift af acceptbilag den 27. november 2017, havde 3 belastende skader på indbo'.*

Det kan altså dokumenteres via selskabets indhentede skadehistorik fra tidligere selskaber, at der *ikke* er mere end 3 skader på to år. Det kan ydermere dokumenteres, at forsikrede *ikke* har haft mere end 5 skader på alle produkter. Selskabet er således ikke berettiget til at opsig forsikringerne eller opkræve tidligere udbetalte skadesager.

Forsikrede har loyalt givet selskabet alle ham tilgængelige oplysninger om forhold, som kan være af betydning for bedømmelsen af forsikringsbegivenheden, og for fastsættelsen af det beløb, selskabet skal yde, jf. forsikringsaftalelovens § 22.

Herunder at der på mødet med assurandør blev oplyst om flere skader end den ene skade, som forsikrede ikke selv har noteret i arket. Vi skal her henvise til vores tidligere skriv;

- a. *'Idet forsikringstager **nævner**, at han mener at have haft **2-3 skader** fordelt på to selskaber, kan der ikke være tale om, at selskabet ikke havde kendskab til dette ved indtegnning. **Dette er oplyst** på møde med assurandør. At assurandør ikke husker denne, skyldes nok, at denne ikke kan tale sandt herom, da denne i en sådan situation med overvejende sandsynlighed mister jobbet. Det følger endvidere 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'.*

Der er altså tale om på nærværende sag:

1. Forsikrede har oplyst assurandør omhandlende flere skadesager i tidligere selskab
2. Det har ikke betydning for indtegnning, da der ikke er mere end 3 skader på et enkelt produkt

Da forsikrede ikke var alene til stede ved mødet kan samlever naturligvis bevidne, at der blev talt om flere skader og udelukkende spurgt til, om der var skadesager i tidligere selskab. Ikke selskaber. Altså kan det konkluderes, at assurandør har kendskab til flere skader og direkte oplyser forsikrede, at hvis der udelukkende noteres 1 skade, da står de bedre fremadrettet, hvilket naturligvis førte til undring hos forsikrede. Men da assurandør er den professionelle part heri, vælger forsikrede at stole på denne og underskrive papirerne. Det kan dog konkluderes, at dette ikke har betydning, idet selskabets indtegningspolitik ikke overskrides, hvorfor selskabet ikke er berettiget til hverken at afvise nuværende forhold eller opkræve tidligere udbetalte skadesager.

Det giver samtidig anledning til stærk bekymring, at selskabet dels ikke forholder sig til dets egne indtegningsregler og FAL § 4-10, dels lader til at have en praksis for at mistænke forsikrede pr. automatik, men tillige kun vælger at lægge vægt på bestemte oplysninger/egne udledte konklusioner, hvorved der sker en fordrejning af fakta.

- Oplysninger kunden afgiver svigagtigt [FAL §4] **Ikke tilfældet på nærværende sag!**
- Oplysninger kunden afgiver i god tro [FAL §5] **Det er tilfældet på nærværende sag!**
- Oplysninger kunden afgiver uagtsomt [FAL §6] **Det er tilfældet på nærværende sag!**

Det kan jf. ovenstående gøres gældende, at selskabet ikke kan løftebevisbyrden/bevise svig [FAL § 4] det kan dog bevidnes af samlever, at forsikrede afgav oplysningerne i god tro [FAL § 5]. Men Ankenævnet ikke dette er tilfældet, vil sagen ende i [FAL § 6], hvor lovgivers helt klare udgangspunkt er, at både kunde og selskab skal stilles, som om selskabet havde modtaget korrekte oplysninger ved forsikringens tegning. Da selskabet ville have indtegnet kunden alligevel, da denne ikke havde over 3 skader på et enkelt produkt, har dette ikke indflydelse på selskabet, hvorfor selskabet skal udbetale for tyveriskaden samt fjerne opkrævninger på tidligere udbetalte sager.

På baggrund af ovenstående og henset til øvrige foreliggende oplysninger i sagen, finder vi det godtgjort, at forsikrede har dokumenteret et retmæssigt krav mod selskabet. Selskabet har utvivlsomt ikke opfyldt det beviskrav, der må stilles til et forsikringsselskab, der nægter at betale erstatning. Henset til at der ikke foreligger nye og for sagens afgørelse væsentlige oplysninger i selskabets høringsvar, henstiller vi til, at Ankenævnet træffer afgørelse på det foreliggende grundlag, idet vi på forsikredes vegne fastholder, at forsikrede har et berettiget og godtgjort erstatningskrav mod selskabet."

Ankenævnet for Forsikring

11.

95538

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Af acceptbilag underskrevet af klageren den 27/11 2017 fremgår bl.a.:

RISIKOOPLYSNINGER

Har du eller andre i din husstand fået opsagt en forsikring af andet selskab? (fx at dit tidligere selskab har slettet din forsikring pga skader eller lignende) ☐ Ja ☒ Nej

Har der været skader på nogle af forsikringerne i husstanden inden for de seneste 2 år? (alle skader der har kostet tidligere selskab penge skal tælle med – også friskader som fx glasskader) ☐ Ja ☒ Nej

Hvis Ja

Hvor mange skader har du/l haft de seneste 2 år på alle forsikringer i husstanden?

Antal:

Hvornår var seneste skade?

Dato:

ACCEPT AF FORSIKRINGSTILBUD

Jeg er bekendt med, at afgivelse af urigtige oplysninger kan medføre, at retten til erstatning bortfalder helt eller delvist i henhold til Forsikringsaftaleloven.

Jeg giver GF Forsikring lov til at søge oplysninger om skadeforløb, anciennitet, tilstandsrapporter og eventuel opsigelsesvilkår for mine og husstandens nuværende og tidligere forsikringer i andre forsikringsselskaber. Med min underskrift accepteres også ovenstående samtykkeerklæring.

Jeg accepterer hermed GF Forsikrings tilbud af den 27.11.2017 – k [redacted]

f

Nævnet udtaler:

Klageren tegnede den 27/11 2017 bil-, indbo-, hus- og ulykkesforsikring i forbindelse med et assurandørbesøg. Af acceptbilag underskrevet af klageren fremgår det, at klageren og hans husstand havde haft 1 skade inden for de seneste 2 år på alle forsikringer i husstanden. Det fremgår videre, at "Jeg er bekendt med, at afgivelse af urigtige oplysninger kan medføre, at retten til erstatning bortfalder helt eller delvist i henhold til forsikringsaftaleloven. Jeg giver GF Forsikring lov til at søge oplysninger om skadeforløb, anciennitet, tilstandsrapporter og eventuel opsigelsesvilkår for mine og husstandens nuværende og tidligere forsikringer i andre forsikringsselskaber".

Klageren anmeldte et indbrudstyveri sket den 27/12 2019. Selskabet opsagde den 4/2 2020 klagerens bil- (bortset fra ansvarsdækning), indbo-, hus- (bortset fra branddækning) og ulykkesforsikring med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet og afviste at yde dækning for ind-

brudstyveriet, idet selskabet mente, at klageren havde afgivet urigtige oplysninger ved tegningen, da han ikke havde oplyst om det korrekte antal skader i tidligere forsikringsselskaber, og idet selskabet i henhold til selskabets indtegningsregler ikke ville have tegnet forsikringerne, såfremt klageren havde givet korrekte skadesoplysninger.

Selskabet har anført, at forsikringsselskab 1 har udbetalt erstatning for skade den 2/7 2017 og den 23/7 2017 på indboforsikring, og at forsikringsselskab 2 har udbetalt erstatning den 18/6 2016 på indboforsikring og den 12/7 2016 på bilforsikring.

Klageren har blandt andet anført, at han var i god tro, at han i forbindelse med indtegningen oplyste selskabets assurandør om tidligere skadeforhold, at der udelukkende blev spurgt ind til, om der var skadesager i tidligere selskab og ikke i tidligere selskaber, at det var assurandøren, der udfyldte acceptbilaget, og at klageren ikke fik fremsendt dette. Han har videre anført, at assurandøren oplyste, at hvis der udelukkende blev noteret 1 skade, så stod han bedre fremadrettet, hvilket undrede klageren. Da assurandøren er den professionelle part, valgte klageren at stole herpå og underskrev papirerne. Han har anført, at ovenstående er uden betydning, idet selskabet ville have indtegnet ham alligevel, da han ikke har haft over 3 skader på et enkelt produkt.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren i forbindelse med tegningen af bil-, indbo-, hus- og ulykkesforsikring har afgivet urigtige oplysninger, idet han ikke har oplyst om det korrekte antal skader. Nævnet finder, at dette må tilregnes klageren som mindst uagtsomt.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren har accepteret forsikringstilbuddet ved sin underskrift, og at det af acceptbilaget fremgår, at klageren og hans husstand har haft 1 skade inden for de seneste 2 år på alle forsikringer i husstanden, og at "Jeg er bekendt med, at afgivelse af urigtige oplysninger kan medfører, at retten til erstatning bortfalder helt eller delvist i henhold til forsikringsaftaleloven". Nævnet har også lagt vægt på, at selskabet har indhentet

Ankenævnet for Forsikring

13.

95538

oplysninger fra klagerens tidligere forsikringsselskaber, hvoraf det fremgår, at klageren har haft 4 skader, hvor der er sket udbetaling inden for de sidste 2 år før indtegningen

Nævnet finder, at klageren ikke har bevist, at han oplyste assurandøren om alle tidligere skader ved forsikringernes tegning.

Nævnet finder, at selskabet i henhold til sine indtegningsregler ikke ville have tegnet bil- (bortset fra ansvarsdækning), indbo-, hus- (bortset fra branddækning) og ulykkesforsikring, hvis de rigtige forhold omkring tidligere skader var oplyst til selskabet ved tegningen af forsikringerne.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren har haft 3 skader på indboforsikringen inden for de sidste 2 år før indtegningen, og at det af selskabets indtegningsregler fremgår, at forsikringer ikke kan tegnes, hvis kunde/husstanden har haft 3 eller flere skader inde for 2 år på et enkelt produkt.

Nævnet kan herefter ikke kritisere, at selskabet med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, har ophævet/ændret forsikringerne med tilbagevirkende kraft og på den baggrund har afvist at yde forsikringsdækning for det anmeldte indbrud.

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

Klageren er endvidere utilfreds med, at selskabet har opkrævet tidligere udbetalt erstatning. Selskabet har afvist at have foretaget modregning i tidligere erstatningsudbetalinger. Klageren har ikke redegjort nærmere herfor, herunder fremlagt dokumentation på eventuelle opkrævningerne, hvorfor nævnet ikke har grundlag for at behandle forholdet.

Nævnet har ikke taget stilling til, hvorvidt selskabet har været berettiget til at opsige klagerens erhvervsbilforsikring, da denne ikke ses at være indtegnet på baggrund af klagerens accept af 27/11 2017.

Ankenævnet *for* Forsikring

14.

95538

Med denne bemærkning

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Jens Kruse Mikkelsen

formand