

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 18. maj 2021 blev i sag nr. 96055:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Insr Insurance Group ASA
v/Sedgwick Leif Hansen A/S
Lautrupvang 8
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har bilforsikring. I klageskema af 6/11 2020 til nævnet samt i vedlagte bilag har klagerens advokat bl.a. anført:

"Som advokat for [klageren], boende ..., indgiver jeg hermed klage over Prosam Forsikring i forbindelse med, at selskabet, den 18. november 2019 (bilag 1, side 7), meddelte min kunde, at selskabet havde standset forsikringsudbetalingen i forbindelse med, at min kundes bil er blevet totalskadet.

Min kunde har hos selskabet tegnet en kaskoforsikring på sin bil, hvilken trådte i kraft den 1. oktober 2019 (bilag 2). Efterfølgende blev min kundes bil totalskadet, og min kunde anmeldte skaden til selskabet den 2. november 2019 (bilag 1, side 10).

Sagens nærmere omstændigheder er, at selskabet ikke vil dække skaden på min kundes bil, idet de mener, at min kunde har givet urigtige oplysninger ved indgåelsen af forsikringsaftalen, da min kunde ikke har oplyst om én tidligere rudeskade samt tre indborskader. Denne afgørelse fastholdt selskabet efter revurdering (bilag 1, side 15).

Korrespondance mellem min kunde og Prosam forsikring:

Efter min kundes opfattelse, var den tidligere skade på bilens rude forårsaget af hærværk, og min kunde var på aftaletidspunktet, og er stadig af den opfattelse, at rudeskaden ikke skal betragtes som værende en skade i den forstand, at der skulle oplyses herom (bilag 2, side 10). Min kundes tidligere forsikringsselskab havde forinden oplyst min kunde om, at denne skade var uvedkommende, og det var den samme mægler (leasing), der solgte min kunde den nye forsikring. I forbindelse med aftaleindgåelsen oplyste min kunde, at der før var sket en anden skade på bilen, hvor døren skulle skiftes på grund af en rids, hvilket indikerer, at det ikke har været min kundes inten-

tion at give urigtige oplysninger, men at han havde en opfattelse af, at rudeskaden ikke skulle oplyses.

Derudover lægger selskabet i sin afgørelse om standsning af forsikringsudbetalingen vægt på, at nogle indboscader, som min kunde har haft indenfor de sidste tre år, ikke blev oplyst ved aftaleindgåelsen. Min kunde har ikke opfattet indboscaderne som skader, der skulle oplyses om ved indgåelse af en bilforsikring.

Efter min opfattelse, kan den manglende information om indboscaderne ved tegning af bilforsikringen ikke betragtes som urigtige oplysninger. Med henvisning til selskabets forsikringsforslag (bilag 3), skriver selskabet, at forsikringstagerens oplysninger skal være 100 % ærlige og i overensstemmelse med forsikringstagerens faktiske viden. Aftalen blev indgået i et hurtigt tempo med pres og mange mails fra sælgeren, og derudover var min kunde ikke blevet vejledt om at han skulle oplyse om tidligere indboscader, hvorfor min kundes svar har været i overensstemmelse med hans faktiske viden. Min kunde oplyser i denne forbindelse, at: *'Hvis jeg havde fået at vide, at jeg også skulle angive indboscader for de seneste 3 år, så havde jeg gjort det.'* (bilag 1, side 12). Selskabet spurgte ved aftaleindgåelsen, hvorvidt min kunde har haft nogen skade på nogen af sine forsikringer, og om min kunde har fået tvungen højere præmie/selvrisko (bilag 1, side 18), hvor min kunde naturligvis tænker på bilskader, når det er en bilforsikringsaftale, han var i gang med at indgå.

På baggrund af overnævnte mener selskabet, at min kunde har afgivet urigtige oplysninger. Selskabet henviser til FAL § 6, hvor det fremgår, at selskabet er fri for ansvar, såfremt det kan antages, at selskabet ikke ville have overtaget forsikringen, hvis det rette forhold havde været oplyst. Dermed vurderer selskabet, at bilens type samt antallet af alle anmeldte skader gør, at selskabet ikke ville have kunnet tilbyde en kaskoforsikring i første omgang, hvorfor selskabet heller ikke vil udbetale erstatning for skaden. Derudover har selskabet oplyst min kunde om, at kaskoforsikringen vil blive annulleret med virkning fra policens ikrafttrædelsesdato (bilag 1, side 12).

Efter min opfattelse ville selskabet, trods de oplysninger som selskabet lægger vægt på, have tilbudt min kunde en forsikring eventuelt med forbehold eller højere præmie.

Med henvisning til selskabets forsikringsforslag (bilag 3), skriver selskabet i forbindelse med urigtige oplysninger: *'For din egen skyld er det meget vigtigt, at du overholder denne regel. Gør du det, er du 'i god tro'. Det betyder, at selvom det senere skulle vise sig, at oplysningerne - uden du vidste det eller burde vide det - faktisk var urigtige, så dækker forsikringen alligevel'*.

På baggrund af overstående, er det min opfattelse, at min kunde har svaret korrekt på spørgsmålene ud fra bedste evne og i den kontekst spørgsmålene er stillet, hvorfor min kunde ikke har givet urigtige oplysninger i den forstand, at selskabet er fri for ansvar. Idet min kunde ikke har vidst eller burde vide, at der skulle være givet urigtige oplysninger efter selskabets opfattelse, er min kunde i god tro. Det er derved også min opfattelse, at selskabet skal betale det fulde beløb af skadens omfang.

Ankenævnet for Forsikring bedes tage stilling til, hvorvidt min kunde er berettiget til forsikringsdækning ud fra de oplysninger, min kunde gav i forbindelse med aftaleindgåelsen."

Selskabet har i brev af 26/11 2020 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Sagsfremstilling og historik

Klager ønsker selskabet tilbagetrækker sin opsigelse af klagers kaskoforsikring som følge af urigtige oplysninger, og klager ønsker fuld dækning efter at have totalskadet sin bil, som følge af en solulykke.

Klager havde forud for tegning ved selskabet sin bil, en [Audi], forsikret hos [andet forsikringsselskab], hvor han også havde indbo og andre forsikringer.

I starten af august 2019 var klager i dialog med selskabets repræsentant i forbindelse med at skifte forsikring på Audien. Efter gennemgang af vilkår og indtegningskriterier mellem selskabets repræsentant og klager, blev forsikringstilbuddet fremsendt primo august, og underskrevet af klager den 7. november 2019.

Policedækningen startede den 1. oktober 2019.

Den 2. november 2019 totalskadedes bilen.

Selskabet foretog herefter sædvanlig sagsbehandling, som inkluderede indhentelse af informationer fra tidligere selskab [andet forsikringsselskab].

Den 18. november, efter at selskabet havde startet sin undersøgelser af de oplysninger givet af klager, meddelte selskabet at det havde stoppet betaling af skaden.

Bilen havde en værdi på skadetidspunktet på omkring 250.000 kroner. Bilens rester solgtes, og differencen på omkring 47.000 kr. blev videreformidlet til panthaver, der havde pant i bilen for omkring 235.000 kroner.

Omkring den 6. januar 2020 afviste selskabet endeligt at dække skaden, og opsagde forsikringen i det hele med tilbagevirkende kraft.

I december 2019, klagede klager til selskabet. Klagen blev ikke taget til følge.

Forløbet har ført til, at klager via sin advokat den 6. november 2020, har indledt nærværende klage til Ankenævnet for Forsikring (Nævnet).

Svar

Tidligere skader og tidligere forhøjet præmie/selvrisiko

Indledningsvist kan vi oplyse at det fastholdes, at der er givet urigtige oplysninger i forbindelse med indtegningen. Som svar på spørgsmålet om tidligere skader, anførte klager én forsikringsskade i begæringen. Da klager havde 5 skader, var oplysningen objektiv urigtig.

Ankenævnet for Forsikring

4.

96055

Selvom klager som anført af sin advokat påstår modsat, er det vores opfattelse at det har stået klager klart, at alle skader skulle oplyses. Vi henviser her til 'Accept og Begæring' side 4-4 (de to sidste sider i 'Forsikringsforslag') (bilag 3), som også udgør den endelige underskrevne police.

Spørgsmålene som de fremgår i tilbuddet nedenfor og klagers svar i separat dokument, er en del af aftalegrundlaget, idet det teknisk udføres i særskilt dokument. Der er enighed parterne imellem om klagers oplysninger heri.

Som de fremgår, spurgte selskabet til forhold hos tidligere selskaber. Klager skulle blot oplyse hvor mange forsikringsskader, der har været i de sidste 3 år. Spørgsmålet er klart og tydeligt: 'Hvor mange skader har du/I haft de sidste 3 år?'

Det særskilte dokument, hvor spørgsmålene går igen og som klager svarer direkte på, er i overensstemmelse og helt klart formuleret. Det kan heller ikke efter vores opfattelse i god tro misforstås, når der spørges: 'Har du haft nogen skader på nogen af dine forsikringer inden for de sidste 3 år?' Klagers svar på spørgsmålet var, som det ses nedenfor og som der er enighed om 1. (bilag a).

Tvungen højere præmie: I samme skemaer spørges til om klager har: '...fået tvungen højere præmie/selvrisko i et andet forsikringsselskab?'. Klagers svar var som det fremgår nedenfor NEJ. (bilag a).

Supplerende oplysninger :

Har du/i tidligere fået afslag eller er blevet opsagt af et andet forsikringsselskab? ☐ Ja ☐ Nej

Har du/i tidligere fået tvungen højere præmie/selvrisko i et andet forsikringsselskab? ☐ Ja ☐ Nej

Er du/i i restance i tidligere forsikringsselskab? ☐ Ja ☐ Nej

Hvor mange skader har du/i haft de sidste 3 år? _____

Skadeart : _____ Erstatningsbeløb ialt i kr. : _____ Årstal : _____

Skadeart : _____ Erstatningsbeløb ialt i kr. : _____ Årstal : _____

Skadeart : _____ Erstatningsbeløb ialt i kr. : _____ Årstal : _____

Skadeart : _____ Erstatningsbeløb ialt i kr. : _____ Årstal : _____

Bilag a

Ankenævnet for Forsikring

5.

96055

Hvilket forsikringselskab har du været i de sidste 3 år:

[Andet forsikringselskab]

Policensnummer fra tidligere forsikringselskab vi kan hente anciennitet på:

■■■■■■■■■■

Har du/i fået afslag eller er blevet opsagt af et andet forsikringselskab?:

NEJ

Har du/i fået tvungen højere præmie/selvrisko i andet forsikringselskab?:

NEJ

Er du/i, i restance i tidligere forsikringselskab?:

NEJ

Er du registreret i RKI registreret?:

NEJ

Har du haft nogen skader på nogen af dine forsikringer inden for de sidste 3 år?:

1

- Hvis ja: Hvilken skade(r) har du haft? Beløbet skaden løb op i? Hvilket årstal?:

Rids på bilen

I forsikringstilbuddet (bilag 3) s. 2. Fremgår under overskriften 'Urigtige oplysninger', at alle spørgsmål skal besvares 100% ærligt og i overensstemmelse med faktisk viden.

Klagers advokat mener afsnittet 'I god tro' skal have en særlig betydning til støtte for klager. Dette afvises, da afsnittet alene er selskabets forbrugeroplysning til prospektive og aktive forsikringstager, om den eksisterende retstilstand, som følger af forsikringsaftalelovens § 5. Afsnittet byder ikke på en hverken udvidende eller indskrænkende fortolkning, og har derfor ingen selvstændig virkning.

Afsnittet 'Ikke i god tro' er kort og klart. Her oplyser selskabet, at man ikke er i god tro hvis man besvarer spørgsmålene i 'modstrid med de faktiske oplysninger'.

De to afsnit sætter de to forhold op overfor hinanden, og forklarer videre under afsnittet 'tvivlsituationer', at man ikke selv skal prøve at vurdere om en oplysning er af betydning for selskabet eller ej. I afsnittet oplyses på en klar og forbrugervenlig måde, konsekvenserne af forkerte oplysninger. Konkret, at forsikringen kan opsiges med tilbagevirkende kraft, og uden erstatningsudbetaling.

Selskabet har videre forklaret konsekvenserne af urigtige oplysninger i de 3 efterfølgende sætninger:

1. Varsler at forsikringen kan opsiges med tilbagevirkende kraft uden skadeudbetaling,
2. vedrørende præmiestigning, hvilket ikke er relevant her og
3. beskriver, at der ikke er krav om årsagssammenhæng og mellem en skade og konsekvenserne af urigtige oplysninger.

Herefter opfordres den prospektive forsikringstager i afsnittet 'Er du i tvivl, så hjælper vi dig gerne', at kontakte selskabet ved enhver tvivl om betydningen af afgivne oplysninger.

Klager oplyst

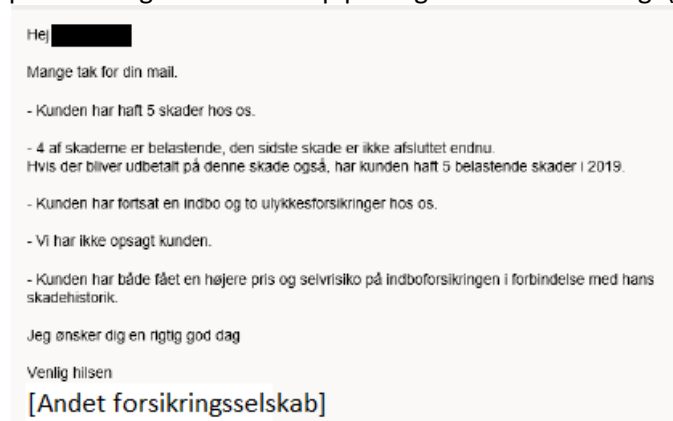
Klager har derfor været fuldt oplyst om, at han skulle meddele alle, og ikke blot én skade, og at han skulle oplyse, at han havde fået sat sin selvrisko og præmie op.

Det fremgår klart af de omfattede spørgsmål og vejledningen i forsikringstilbuddet, at selskabet skal have den omtalte information, og det har derfor stået eller burde have stået klager klart, at den tilbageholdte information havde betydning for selskabet.

Det er op til selskabet om det vil påtage sig en risiko. Selskabet vurderer i forbindelse med indtegningen, på baggrund af de oplysninger givet af den prospektive forsikringstager, om det ønsker at påtage sig risikoen. Selskabet refererer i denne proces til interne indtegningsvilkår og indhenter på dette tidspunkt eventuelt yderligere information og dokumentation, for at kunne afgøre enkelte skades betydning for tegning af forsikring.

Tidligere selskab

Det fremgår af den indhentede information, at tidligere selskab [andet forsikringsselskab] havde registreret 5 skader inden for de sidste 3 år på tidspunktet for klagers udfyldelse af begæringen. Det fremgår videre, at som følge af skadeforløbet, havde [andet forsikringsselskab] sat både præmien og selvriskoen op på klagers indboforsikring. (bilag b)



Da klager havde fået sat sin selvrisiko og præmie op, på baggrund af sit skadeforløb hos [andet forsikringsselskab], støtter dette, at klager ikke har været i undskyldelig uvidenhed om, at skadefrekvens mv. er af stor betydning for et forsikringsselskab.

Kort om klagers advokats diverse påstande

Klagers advokats forklaringer omkring, hvorfor de urigtige oplysninger ikke bør have betydning, tilbyder ikke noget konkret, der ændrer det faktum, at klager ikke var i undskyldelig uvidenhed vedrørende sine urigtige svar.

Til påstanden om at selskabets sælger havde presset klager til at indgå aftalen, og dette skulle have været medvirkende til og en formildende årsag til afgivelse af urigtige oplysninger, bemærkes, at det ikke er selskabets opfattelse at han blev presset. Der er ingen dokumentation herfor. De mange mails der er fremgår i bilag 1, er hovedsagelig mails efter tidspunktet for skaden. De der er ved indtegningen den 6. og 7. august 2019, er hovedsagelig auto/system-generede rykkere, idet selskabets system afventede elektronisk underskrift. Da forsikringen først skulle træde i kraft den 1. oktober 2019 og klager allerede havde bilen kaskoforsikret, er vi uenige i den påstand, at der fra selskabets side skulle have været lagt pres på klager. For god ordens skyld, skal vi nævne, at såfremt der havde været tale om et eventuelt pres som omtalt, vil det ikke have betydning i nærværende sag.

Ankenævnet for Forsikring

7.

96055

For så vidt den oplyste 'rids på dør', som klager har oplyst selskabet ved indtegnings og som advokaten beskriver på sit brev side 1, kan oplyses at denne skade, ifølge oplysninger fra tidligere selskab ..., var en soloulykke hvor klager havde påkørt en stolpe eller væg, med det resultat at flere døre blev totalskadede og skulle udskiftes. Skaden beløb sig til ca. 28.000 kroner ifølge [andet forsikringsselskab] telefoniske forklaring den 19. november 2019, som er noteret i selskabets log, og som fremgår her:

18/11-19 - Talt med [redacted] Den skade ft har haft hos den er et solouheld hvor han kørt ud af p-bås og skraber bilen op af en pæl, skadeudgift på 28000 kr.

Indtegningsregler

Klager påstår ved sin advokat, at selskabet ville have tilbudt dækning, selv med de oplysninger der nu er fremkommet. Det er en forkert, og i øvrigt udokumenteret antagelse, idet selskabet, så fremt dette havde været tilfældet ville have fulgt praksis, og justeret policen tilsvarende.

Nedenfor og vedlagt (bilag c) er klip af selskabet indtegningsvilkår fra september 2019. Det bemærkes, at de fulde indtegningsvilkår, er et fortroligt dokument som kan fremvises til nævnet efter nærmere aftale.

Skader i nuværende og tidligere selskab(er)

- Der må ikke tilbydes forsikring(er) til kunder, der har haft 2 eller flere skadesbegivenheder på et produkt de sidste tre år.
- Der må ikke tilbydes forsikring(er) til kunder, der har haft 3 eller flere skadesbegivenheder samlet på sine Motor- & Property forsikringer (hus, indbo, rejse, fritidshus) de sidste tre år.
- Der må ikke tilbydes forsikring(er) til kunder, der har haft 2 eller flere skadesbegivenheder på sin(e) Personforsikring(er) de sidste tre år.

Følgende skader skal ikke tælles med:

- Glasskader på auto, hvis kunden har eller har haft Fri- eller Glasskadedækning.
- Ansvarsskader på hund.
- Regresskader, hvis modpart har fuld skyld.
- Skader på forsikringer og dækninger vi ikke kan tilbyde, (fx motor-/maskinskade eller ejerskifteforsikring).

Skadesbegivenheder er defineret som:

- Uafsluttet/igangværende skader.
- Skader med udbetaling fra egen forsikring, dog ikke 0-skader.
 - 0-skader defineres ved:
 - Ikke dækningsberettiget skader.
 - Skader under selvrisiko (med/uden afskrivninger).

Særligt for bil:

- Har kunden haft flere end 2 glasskader inden for de sidste 3 år kan vi ikke tilbyde Friskadedækning.
- Har kunden i nuværende selskab 0 kr. i selvrisiko tæller alle glasskader som belastende kaskoskader.

Skader som involverer flere forsikringer (eksempelvis Storm, hvor der er sket skade på både hus og indbo inden for 1 døgn) tæller KUN som 1. skadesbegivenhed.

Som det fremgår, tegnede selskabet ikke forsikringer når forsikringstager havde haft 2 eller flere skader på én policetype inden for 3 år, eller 3 skader på alle dækninger indenfor 3 år.

De undtagne skadetyper, fører ikke til andet resultat.

For så vidt skærpede vilkår herunder forhøjet præmie og selvrisiko, fremgår det af selskabets indtegningsvilkår nedenfor og bilag c, at der ikke sælges forsikringer til personer, der har fået skærpende vilkår i tidligere selskaber herunder forhøjet præmie og forhøjet selvrisiko.

Kunder der er opsagt eller pålagt skærpede vilkår hos Insr eller andet forsikringselskab

Der må ikke sælges forsikringer til kunder eller husstande hvori personer tidligere er opsagt eller har fået pålagt skærpede vilkår af Insr eller et andet forsikringselskab. Dette gælder uanset årsagen til opsigelsen.

Er der tale om en "tillægsdækning" (eksempelvis cykeldækning, pludselig skade mm.), så er det denne dækning der ikke kan tilbydes - mens "hovedforsikringen" godt kan tilbydes, hvis det godkendes af den ansvarlige hos formidleren. Sælger skal inden sagen sendes til godkendelse have indhentet skriftlig skadehistorik fra tidligere selskab og lagt denne op på kunden.

Konklusion

Selskabet fastholder afgørelsen.

Som det fremgår, har klager givet urigtige oplysninger ved indtegning af sin bil hos selskabet. Han oplyste én skade, hvor rette svar var fem. Selvom det antages at to glasskader ikke skulle oplyses, var der mindst tre skader som klager ikke var uvidende om, at han skulle have oplyst.

For så vidt den skade, som klager oplyste, beskrev han denne som en 'rids'. Rette beskrivelse er, at der var tale om en kollisionsskade til 28.000 kroner.

Det fastholdes, at klagers urigtige oplysninger ikke er afgivet i god tro, og at der var viden, eller burde viden hos klager på tidspunktet for afgivelsen.

Klager har givet urigtige oplysninger om forhøjet præmie og selvrisiko hos [andet forsikringselskab]. Han har svaret nej til spørgsmålet om han havde fået forhøjet præmie eller selvrisiko. Det fastholdes at det stod eller burde have stået ham klart, at han skulle have oplyst dette.

Forbrugeroplysningerne i forsikringstilbuddet, gør det ikke blot klart at urigtig besvarelse af de stillede spørgsmål, kan have alvorlige police og dækningsmæssige konsekvenser, det gør det også helt klart, at er man i tvivl om rette svar på de omhandlede spørgsmål, skal man spørge selskabet. Der er ingen dokumentation for, at klager har været i tvivl. Det må derfor tilregnes ham som uagt-somt.

Selskabets opsigelse med tilbagevirkende kraft, er i fuld overensstemmelse med forsikringsaftalen, forsikringsaftalelovens § 6 stk. 1. og praksis, hvoraf vi henviser til nævnets sag 92992, hvor selskabet fik medhold i, at urigtige oplysninger om opsigelse i tidligere selskab var omfattet af selskabets NEJliste i indtegningsvilkår, og derfor havde selskabet ret til at afvise sagen og opsiges med tilbagevirkende kraft.

I nævnssagen 93634 fik selskabet medhold i at nedsætte kaskoerstatningen, da klagers manglende oplysning om en ansvarsskade to år tidligere, medførte prorata nedsættelse af erstatningen, i fuld overensstemmelse med selskabets indtegningsvilkår. Nævnet lagde i sagen ingen vægt på, at klager oplyst, at det var en forglemmelse, at han ikke havde oplyst om ansvarsskaden. Selvom sagen vedrører FAL § 6 stk. 2, er den med til at slå fast, at selskabet har ret til at vurdere forholdet fuldt ud, ud fra de indtegningsvilkår som gjaldt på tegningstidspunktet, som det ville have gjort, havde det været oplyst om rette forhold ved indtegningen."

Klagerens advokat har i brev af 4/1 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Klagers bemærkninger til selskabets svar til Ankenævnet for Forsikring

Indledningsvist kan jeg oplyse, at det fortsat er min opfattelse, at min kunde ikke har givet urigtige oplysninger i den forstand, at selskabet er fri for ansvar, hvorfor min kunde på tidspunktet for forsikringens tegning var i god tro.

For så vidt angår den tidligere skade på bilens rude samt de tidligere indborskader, er det fortsat min opfattelse, at den manglende information herom ved tegning af bilforsikringen ikke kan betragtes som urigtige oplysninger ud fra de i den indgivne klage nævnte grunde. Der foreligger så-

ledes ikke svigagtige oplysninger fra min kunde, hvorfor selskabet ikke kan erklære forsikringsaftalen for ugyldig, jf. FAL § 4.

Selskabet henviser til FAL § 6 om grov uagtsomhed. FAL § 6 finder imidlertid ikke anvendelse, såfremt forholdet omfattes af FAL §§ 4 eller 5. Efter min opfattelse er forholdet netop omfattet af FAL § 5, idet min kunde hverken vidste eller burde vide, at han har givet urigtige oplysninger på tidspunktet, hvor oplysningerne blev givet. Selskabet hæfter således fortsat for skaden, idet min kunde var i god tro på aftaletidspunktet, jf. FAL § 5.

Af noterne til FAL § 4 fremgår desuden, at svigsbegrebet ikke er helt det samme som i den almindelige aftaleret. Forsikringstageren kan således være i en situation, hvor det er menneskeligt forståeligt og juridisk acceptabelt, at han giver urigtige oplysninger. Se hertil U 1952.278 H, hvor det ikke fandtes antageliggjort, at forsikringsselskabet ikke ville have overtaget forsikringen eller kun overtaget den på særlige vilkår, hvis der havde været givet rigtig oplysning.

I forlængelse heraf er det som tidligere nævnt min opfattelse, at såfremt oplysninger om tidligere indboscader havde afgørende betydning for selskabets beslutning om at ville indgå aftale i forhold til den tilbudte forsikring, burde selskabet have uddybet eller på anden måde fremhævet i forsikringsforslaget, at sådanne skader havde relevans for selskabet. Desuden er spørgsmålet 'Hvor mange skader har du/I haft de sidste 3 år?' meget bredt formuleret. Se hertil U 2006.1732 H, hvor en forsikringstager ikke fandtes at have udvist uagtsomhed ved at have undladt at oplyse om et vagtlægebesøg samt lægeundersøgelse i forbindelse med tegning af en invalideforsikring under henvisning til, at spørgsmålene i forsikringsbegæringen bl.a. havde været meget bredt formuleret.

Ved fortolkning af selskabets spørgsmål fører koncipistreglen endvidere til, at uklarheder må komme selskabet til skade. Som fremhævet ovenfor er det min opfattelse, at spørgsmålet ikke er formuleret klart og tydeligt. Min kunde har besvaret spørgsmålet efter bedste evne og har dermed opfyldt sin svarpligt. Det må således være selskabet, der er nærmest til at bære risikoen for, at det er muligt for en forbruger at svare forkert på de af selskabet udformede spørgsmål. Det burde således have stået selskabet klart, at en almindelig gennemsnitsforbruger naturligvis tænker på bilskader, når det er en bilforsikringsaftale, han er i gang med at indgå. Det bør desuden ikke være min kundes ansvar at fortolke på selskabets uklare og bredt formulerede spørgsmål.

Såfremt der ses bort fra indboscaderne i medfør af koncipistreglen, er der alene tale om én skade, nemlig skaden på bilruden, som min kunde i god tro ikke oplyste om, idet hans tidligere forsikringsselskab havde oplyst ham om, at denne skade var uvedkommende, og det var den samme mægler (leasing), der solgte min kunde den nye forsikring. Efter min opfattelse ville selskabet, trods de oplysninger som selskabet lægger vægt på, have tilbudt min kunde en forsikring eventuelt med forbehold eller højere præmie eller andre vilkårsændringer.

Efter FAL § 6, stk. 2 er det selskabet, der har bevisbyrden for, at det ikke ville have overtaget forsikringen, hvis der var givet rigtige oplysninger. Selskabet har på side 6 i dets svar til Ankenævnet for Forsikring alene henvist til dets egne indtegningsvilkår til støtte for dets påstand om, at det ikke ville have overtaget forsikringen, men det er fast antaget i praksis, at det er af stor betydning, hvorledes andre selskaber ville have stillet sig, samt hvad der er almindeligt inden for den pågældende branche. Efter min opfattelse, har selskabet således ikke løftet denne bevisbyrde. Selskabet må derfor som minimum hæfte i det omfang og på de vilkår, det ville have forpligtet sig, dersom min kunde havde oplyst om skaden på bilruden, jf. FAL § 6, stk. 2.

På baggrund af ovenstående er det fortsat min opfattelse, at min kunde har svaret korrekt på spørgsmålene ud fra bedste evne og i den kontekst spørgsmålene er stillet. Idet min kunde hverken vidste eller burde vide, at de af ham givne oplysninger skulle være urigtige, fastholdes det, at min kunde var i god tro på tidspunktet for forsikringens tegning, hvorfor min kunde således er berettiget til forsikringsdækning."

Selskabet har i brev af 21/1 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Klagers advokat fremfører, at der ikke er svig jf. FAL § 4. Selskabet har ikke påberåbt sig FAL § 4, hvorfor vi er uforstående overfor argumentation. Policen er opsagt og skaden afvist med henvisning til FAL § 6, stk. 1.

Der kommenteres også til FAL § 5. Selskabet har i sit første svar, på siderne 3 og 4, behandlet dette emne. Advokatens kommentarer giver ikke anledning til yderligere kommentarer herom.

Vedrørende koncipistreglen. Det afvises at selskabets spørgsmål har været uklare, både efter en objektiv eller subjektiv vurdering. Som allerede omtalt, har klager angivet 'NEJ' til spørgsmålet om han have fået forhøjet præmie tidligere. Han havde også til spørgsmålet om hvor mange skader han havde haft, oplyst én. Begge spørgsmål er simple, og instruktionen der følger spørgsmålene, og som var givet til klager, forklarer klart, at man ikke skal tolke på disse, men svare faktuel og sandfærdigt. Også konsekvenserne ved urigtige oplysninger er forklaret. Koncipistreglen falder ikke i anvendelse her.

Klagers advokat har ikke belæg for at påstå, at selskabets indtegningsvilkår ikke løfter bevisbyrden for at selskabet ikke indtegner biler som klages. Det er i øvrigt ikke korrekt, at indtegnelse skal vurderes ud fra en vurdering af, hvordan andre selskaber ville have stillet sig, når der som her er helt klare indtegningsregler. Skulle man, hvilket selskabet ikke mener er nødvendigt, tillægge andre selskabers forventede vurdering, vil man komme til at det er sædvanligt, at ansvar/kaskoselskaber ikke indtegner biler som klagers, og at de alene forsikrer lovligt indregistrerede køretøjer. Selskabet har ved den indsendte dokumentation af interne indtegningsvilkår bevist, at dette også er et selskab som ikke indtegner biler som klagers.

Som det fremgår af sagen, har klager været uagtsom ved sine afgivne oplysninger ved forsikringens tegning, hvorfor selskabet har været i sin ret til at opsige forsikringen med tilbagevirkende kraft og i overensstemmelse med FAL § 6, Stk. 1.

Afgørelsen fastholdes."

Klagerens advokat har i brev af 29/1 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Som det fremgår, har Prosam/Sedgwick solgt min kundes bil og overført provenuet til det leasingselskab, hvor bilen oprindeligt blev finansieret af min kunde, [leasingselskabet].

Det forekommer ganske besynderligt, da Prosam jo netop har afstået fra at dække skaden.

Ankenævnet for Forsikring

11.

96055

Det må komme Prosam til skade, at man har håndteret sagen som om, forsikringselskabet ville dække skaden."

Selskabet har i brev af 3/3 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Det bekræftes, at bilens rester er solgt af selskabet. Salget er sket efter normal praksis og til bedst mulig pris på tidspunktet.

Det er selskabets opfattelse, at det i brevet anførte på ingen måde giver anledning til nærværende sag skal afgøres anderledes, eller at der er noget i salget af resterne, som skal komme selskabet til skade. Sagen vedrører opsigelse på grund af urigtige oplysninger ved indtegningsregler jf. forsikringsaftalelovens § 6.

Selvom det ikke er relevant for sagen, oplyser vi gerne, at leasingselskabet har modtaget hele provenuet af de solgte rester af bilen, og at leasingselskabet har rejst krav overfor selskabet for dækning af differencen mellem værdien af de solgte rester og restværdien i leasingkontrakten. Selskabet har afvist kravet. Tvisten er alene mellem leasingselskabet og forsikringselskabet og falder således udenfor nævnets kompetenceområde.

Årsagen til at selskabet takserede, opgjorde og behandlede den skadede bil inklusive salg af resterne er, som klagers advokat er bekendt med, at klager havde givet urigtige oplysninger ved indtegningsreglerne, og selskabet først efterfølgende, og i dets ekspedition af skaden, konstaterede at klager slet ikke kunne tegne kaskoforsikring i selskabet. Det giver sig selv, at havde klager givet korrekte oplysninger på tegningstidspunktet, ville selskabet ikke have været involveret i bilen overhovedet."

Klagerens advokat har i brev af 9/3 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Det er fortsat min opfattelse, at det må komme selskabet til skade, at man sælger en bil, som man efterfølgende giver meddelelse om, at man slet ikke ville forsikre."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, herunder uddrag af selskabets indtegningsregler fra september 2019.

Af forsikringsforslaget fremgår bl.a.:

"Tvivlssituationer

Du kan nemt komme galt af sted, hvis du selv begynder at vurdere, om en oplysning er af betydning eller ej! Kommer du herved til at undlade at give os en vigtig oplysning – også selvom du ikke har gjort det med vilje – kan det i værste fald betyde, at du igen erstatning får. Ifølge Forsikringsaftaleloven har vi i denne situation ret til at vurdere, om du overhovedet kunne få forsikringen – og i givet fald hvad du skulle betale for den. Vi skal derfor vurdere, hvilke af disse to muligheder, der passer på din situation.

1. Ville vi overhovedet have solgt forsikringen til dig, hvis vi havde fået alle oplysninger? Hvis vi må svare 'nej' hertil, har du ikke krav på nogen form for erstatning (også kaldet forsikringsydelse)
2. Hvad skulle forsikringen koste, hvis vi havde fået alle oplysninger? I dette tilfælde ville vi gerne forsikre dig, men til en anden pris end den aftale. Derfor får du alligevel erstatning – men den er mindre end normalt (prorata forsikringsydelse).

Der er ikke noget krav om, at der – for at vi kan avende disse regler – skal være en årsagssammenhæng mellem de urigtige oplysninger og selve skaden (forsikringsbegivenheden).

Er du i tvivl, så hjælper vi dig gerne

Du er altid velkommen til at spørge os, hvis der er den mindste smule, du er i tvivl om, når du skal udfylde helbredserklæringen, eller hvis du er i tvivl om oplysningen har nogen betydning for køb af de øvrige forsikringer.

...

Accept & begæring af forsikring (4-4)

Jeg/vi erklærer hermed at have besvaret alle spørgsmål på ovenstående bilag i overensstemmelse med sandheden.

Jeg/vi er bekendt med, at afgivelse af urigtige risikoplysninger kan medføre, at retten til erstatning bortfalder helt eller delvist i henhold til forsikringsaftaleloven.

...

Samtidig giver jeg/vi PROSAM tilladelse til at opsiges de nævnte forsikringer og indhente oplysninger om de tidligere forsikringsforhold. Med dette menes oplysninger omkring: Antal skader, skadesudbetalinger, restance og om der er slettet forsikringer på grund af manglende betaling inden for de seneste 3 år. Ligeledes giver jeg ProSam ret til, at indhente nødvendige oplysninger hos DMR (Digitalt Motorregister)."

Af klagerens besvarelse af selskabets spørgsmålet i forbindelse med indtegningen fremgår bl.a.:

"Hvilket forsikringsselskab har du været i de sidste 3 år:

[Andet forsikringsselskab]

Policenummer fra tidligere forsikringsselskab vi kan hente anciennitet på:

...

Har du/i fået afslag eller er blevet opsagt af et andet forsikringsselskab?:

NEJ

Har du/i fået tvungen højere præmie/selvrisiko i andet forsikringsselskab?:

NEJ

Er du/I, i restance i tidligere forsikringsselskab?:

NEJ

Er du registreret i RKI registreret?:

NEJ

Har du haft nogen skader på nogen af dine forsikringer inden for de sidste 3 år?:

1

- Hvis ja: Hvilken skade(r) har du haft? Beløbet skaden løb op i? Hvilket årstal?:

Rids på bilen"

Nævnet udtaler:

Klageren har anmeldt, at hans bil blev totalskadet ved et uheld den 2/11 2019. Selskabet har opsagt klagerens bilforsikring (bortset fra ansvarsdækning) med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet og har afvist at yde dækning for den anmeldte skade, idet klageren ved tegningen har afgivet urigtige oplysninger, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1. Klageren ønsker nævnets stillingtagen til, hvorvidt han er berettiget til forsikringsdækning.

Klageren har blandt andet anført, at forholdet er omfattet af forsikringsaftalelovens § 5, idet han hverken vidste eller burde vide, at han afgav urigtige oplysninger, og at spørgsmålet om tidligere skader er meget bredt formuleret, hvilket må komme selskabet til skade efter koncipistreglen. Det har aldrig været hans intension at afgive urigtige oplysninger, hvilket bekræftes af, at han oplyste selskabet om ridser på bilen. Han oplyste ikke om de øvrige skader, der for de 3 vedkommende var indborskader, idet han ikke betragtede disse som skader, der skulle oplyses om, da de ikke umiddelbart forekom relevante ved tegning af en bilforsikring. Hertil har han oplyst, at den fjerde skade, en skade på bilens ene rude, var forårsaget ved hærværk, og at det er naturligt, at man alene tænker på anmeldte skader på bilen ved tegning af en bilforsikring. Han har gjort opmærksom på, at aftalen blev indgået i et hurtigt tempo med pres og mange mails fra sælgeren.

Selskabet har blandt andet anført, at klageren ved aftaleindgåelsen alene oplyste om én skade, og at han burde have oplyst om alle fem skader, idet selskabet har tilføjet, "Selvom det antages at to glasskader ikke skulle oplyses, var der mindst tre skader som klager ikke var uvidende om, at han skulle have oplyst". Derudover har klageren afgivet urigtige oplysninger ved ikke at oply-

se om, at han som følge af skadeforløbet i det tidligere selskab var blevet pålagt forhøjet præmie og selvrisiko. Selskabet mener, at det må have stået klageren klart, at der skulle oplyses om alle skader, og at spørgsmålet om tidligere skader er klart og tydeligt formuleret. Selskabet har videre henvist til dets indtegningsregler, hvorefter selskabet ikke indtegner forsikringer, når forsikringstager har haft 2 eller flere skader på én policetype inden for 3 år, eller 3 skader på alle dækninger indenfor 3 år. For så vidt angår skærpede vilkår, herunder forhøjet præmie og selvrisiko, fremgår det af selskabets indtegningsvilkår, at der ikke sælges forsikringer til personer, der har fået skærpende vilkår i tidligere selskaber herunder forhøjet præmie og forhøjet selvrisiko.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren i forbindelse med tegningen af bilforsikringen har afgivet urigtige oplysninger, idet han ikke har oplyst om det korrekte antal skader, og idet han ikke har oplyst, at han har fået forhøjet præmie og selvrisiko efter skader anmeldt til indboforsikringen hos det andet forsikringsselskab. Nævnet finder, at dette må tilregnes klageren som mindst uagtsomt.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren svarede nej til spørgsmålet, om han havde fået forhøjet præmie eller selvrisiko.

Nævnet har også lagt vægt på, at klageren alene svarede én skade til selskabets spørgsmål om "har du haft nogen skader på nogen af dine forsikringer inden for de sidste 3 år?".

Nævnet har videre lagt vægt på, at det andet forsikringsselskab har oplyst, at klageren både har fået en højere præmie og selvrisiko på indboforsikringen på grund af sin skadeshistorik, og at klageren har haft 3 skader hos det andet forsikringsselskab, som klageren skulle have oplyst om ved tegningen. Nævnet har i denne forbindelse noteret sig, at to af de 5 skader, som klageren har haft, så vidt ses er glasskader og derfor ikke skal tælles med. Nævnet finder, at selskabets spørgsmål om antallet af skader på "dine forsikringer" med tilstrækkelig klarhed også omfatter skader på andre forsikringer end bilforsikringer.

Ankenævnet for Forsikring

15.

96055

Nævnet finder, at selskabet har bevist, at selskabet i henhold til dets indtegningsregler ikke ville have tegnet bilforsikringen (bortset fra ansvarsdækning), hvis de rigtige forhold omkring tidligere skader og forhøjet præmie og selvrisiko var oplyst til selskabet ved tegningen af forsikringen.

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

Det forhold, at bilens rester er solgt af selskabet og provenuet overført til leasingselskabet, kan under de foreliggende omstændigheder ikke føre til andet resultat.

Nævnet bemærker, at selskabet er forpligtiget til at tilbagebetale præmie for så vidt angår forsikringens kaskodækning og øvrige eventuelle tilvalgsdækninger fra tegningstidspunktet.

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

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Svend Bjerg Hansen