

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 30. juni 2021 blev i sag nr. 96338:

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 haft diverse forsikringer hos selskabet. I klageskema af 13/1 2021 til nævnet har klagerens advokat bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Afslag vedrørende dækning på min kundes ulykkesforsikring i forbindelse med et ulykkestilfælde den 10. april 2020, hvor min kunde kom til skade i forbindelse med sprængning af et halmfyr.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Opnå dækning ved selskabet.

I vedlagte bilag til klagen har klagerens advokat bl.a. anført:

"Som advokat for [klageren], boende på ..., skal jeg herved indgive klage over Prosam Forsikring i forbindelse med, at selskabet den 21. juli 2020 (bilag 1), har meddelt min kunde afslag vedrørende dækning på min kundes ulykkesforsikring i forbindelse med et ulykkestilfælde den 10. april 2020, hvor min kunde kom til skade i forbindelse med sprængning af et halmfyr.

Min kunde har hos selskabet tegnet en heltidsdækkende ulykkesforsikring, hvilken trådte i kraft den 1. oktober 2019 (bilag 2). Efterfølgende pådrog min kunde sig en skade, og min kunde anmeldte skaden til selskabet den 10. april 2020 (bilag 3).

Sagens nærmere omstændigheder er, at selskabet ikke vil dække min kundes personskade, idet de mener, at min kunde har givet urigtige oplysninger ved indgåelsen af forsikringsaftalen vedrørende ulykkesforsikring. Der henvises til at min kunde burde have oplyst om skader på sin indbo-forsikring hos sit tidligere forsikringsselskab.

Efter min kundes opfattelse, er der for så vidt angår de tidligere indboscader tale om banale tingskader, som ikke bør have relevans for min kundes helbredsmæssige forhold og min kunde var på aftaletidspunktet, og er stadig af den opfattelse, at indboscaderne ikke er relevante og at der derfor ikke har været anledning til at oplyse herom i forbindelse med tegning af ulykkesforsikring.

I forbindelse med aftaleindgåelsen blev min kunde assisteret af sin forsikringsagent (bilag 4), som har været min kundes forsikringsmægler gennem mange år, og som har fuldt kendskab til skadesprofil, herunder i forhold til skader dækket på indboforsikringen. Det var min kundes forsikringsagent, der solgte min kunde den nye forsikring i forbindelse med, at min kundes forsikringsagent skiftede til Prosam Forsikring. Det var ligeledes min kundes forsikringsagent der i forbindelse med tegning udfyldte papirerne og krydsede af i forskellige sammenhænge. Selve forsikringstegningen foregik altså under medvirken af en professionel part, hvilket godtgør at min kunde i god tro har indrettet sig i tillid til, at alle nødvendige oplysninger til brug for forsikringstegningen var tilvejebragt fyldestgørende.

Selskabet lægger i sin afgørelse om afslag vedrørende dækning på min kundes ulykkesforsikring i forbindelse med ulykkestilfældet vægt på, at nogle indboscader, som min kunde har haft indenfor de sidste 3 år, ikke blev oplyst ved aftaleindgåelsen. Min kunde har ikke opfattet indboscaderne som skader, der skulle oplyses om ved indgåelse af en ulykkesforsikring. Såfremt dette 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 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.

Efter min opfattelse, kan den manglende information om indboscaderne ved tegning af ulykkesforsikringen ikke betragtes som urigtige oplysninger. Med henvisning til selskabets forsikringsforslag (bilag 4), skriver selskabet, at forsikringstagerens oplysninger skal være i overensstemmelse med sandheden. Aftalen blev som nævnt indgået under medvirken af min kundes forsikringsagent, og derudover var min kunde ikke blevet vejledt om, at han skulle oplyse om tidligere indboscader.

På baggrund af ovennævnte mener selskabet, at min kunde har afgivet urigtige oplysninger. Selskabet henviser til FAL § 6, hvoraf det fremgår, at selskabet er fri for ansvar, såfremt det kan antages, at selskabet ikke ville have overtaget forsikringen, dersom det rette forhold havde været oplyst. Dermed vurderer selskabet, at antallet af anmeldte skader i min kundes tidligere forsikrings-selskab gør, at selskabet ikke ville have kunnet tilbyde en ulykkesforsikring i første omgang, hvorfor selskabet ej heller vil udbetale erstatning for skaden. Endvidere har selskabet oplyst min kunde om, at ulykkesforsikringen vil blive annulleret (bilag 4).

Efter min opfattelse ville selskabet, trods de oplysninger som selskabet lægger vægt på, have tilbudt min kunde en forsikring på samme vilkår, subsidiært med forbehold eller højere præmie eller andre vilkårsændringer. Det er således min opfattelse, at selskabets acceptpolitik næppe ville have ført til afvisning af den tilbudte forsikring, dersom selskabet havde været oplyst om indbo-

skaderne. Se hertil U 1997.683 H, hvor en skade ved væltning på cykel var dækningsberettiget i henhold til en ulykkesforsikring trods urigtige risikoplysninger ved tegningen.

Der henvises i den forbindelse til, at de påberåbte skader vedrører 4 elektroniskskader med en samlet dækning på kr. 5.051,00. Der er således hverken i faktisk omfang eller økonomisk omfang tale om skader, der almindeligvis har betydning for dækningsomfang på forsikring.

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."

Klagerens advokat har i brev af 10/2 2021 til nævnet videre bl.a. anført:

"Min kunde oplyser, at hans forsikringsmægler ... har klaget til selskabet. [Klagerens forsikringsmægler] var ansat i Prosam på tegningstidspunktet, som det fremgår af klagen. Han er nu ansat ved [tredje selskab]. Prosam afviste klagen."

Selskabet har i brev af 24/2 2021 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Sagsfremstilling og historik

Klager kom den 21. juli 2020 til skade i forbindelse med at der skete en eksplosion i et fyr. Selskabet har i forbindelse med sagen, indhentet skadeoplysninger hos tidligere forsikringselskab ... I denne sammenhæng har det vist sig, at klager har haft 4 belastende skader indenfor 3 år, forud for tegning af nærværende forsikring. Idet selskabet ikke tegner forsikring på kunder, når der har været 3 eller flere belastende skader i tidligere selskaber indenfor 3 år, og ikke tegner forsikringer, når der har været 2 eller flere skader på én type dækning, har selskabet opsagt forsikringen med tilbagevirkende kraft med henvisning til urigtige oplysninger. Opsigelsen betyder også, at nærværende skade er afvist og ikke behandles. Opsigelsen er sket med henvisning til forsikringsvilkårene og forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1.

Klager har klaget over afvisningen og opsigelsen. Selskabet har fastholdt opsigelsen, og klager ønsker via sin advokat ved nærværende ankenævns sag, at selskabet tilbagetrækker sin opsigelse af klagers forsikringer, og genoptager sagsbehandling af sin ulykkessag.

I august 2019 var klager i dialog med selskabet, hvor klager modtog forsikringsforslag – altså selskabets tilbud. Forsikringen blev tegnet med ikrafttrædelsesdato 1. oktober 2019.

Den 10. april 2020 kom klager til skade.

Selskabet foretog herefter sædvanlig sagsbehandling, som inkluderede indhentelse af informationer fra tidligere selskab ...

Da selskabet havde modtaget [klagerens tidligere selskabs] oplysninger om tidligere skader, hvor det fremkom, at der havde været 4 skader på indboforsikringen hos [klagerens tidligere selskab], afviste selskabet den 21. juli 2020, at dække skaden, og opsagde klagers forsikringer med tilbagevirkende kraft.

Svar

Indledningsvist skal vi oplyse at det fastholdes, at der var givet urigtige oplysninger i forbindelse med indtegningen. Som svar på spørgsmålet om tidligere skader, anførte klager 'Nej' til spørgsmål i forsikringsbegæringen, om han havde haft nogen skader. Da det viste sig, at klager på tidspunktet havde haft 4 belastende skader, var oplysningen objektiv urigtig.

Selvom klager via sin advokat påstår modsat, er det vores opfattelse at det stod klager klart, at alle skader skulle oplyses. Vi henviser her til de af klager besvarede spørgsmål som fremgår af klagers Bilag 2, som også er kopieret nedenfor.

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

Som det fremgår, spurgte selskabet til forhold hos tidligere selskaber. Klager skulle blot oplyse om og hvor mange forsikringsskader, der havde været de sidste 3 år. Spørgsmålene var klare og tydelige:

Det særskilte dokument, hvor spørgsmålene går igen, og som klager svarede direkte på, var klart formulerede. 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 'nej'.

Klagers advokat anfører, som en af flere begrundelser for de urigtige oplysninger, at der efter hendes og klagers opfattelse var tale om 4 banale skader, og at dette er en af grundene til, at klager gav forkerte oplysninger ved tegning af ulykkesforsikringen, og advokaten konkluderer, at skaderne derfor ikke bør have relevans for nærværende sag. Begrundelsen afviser selskabet naturligvis, og bemærker følgende:

Selskabets spørgsmål var fuldstændig klare, og de lagde ikke op til tolkning. Forsikringsselskaber bruger sædvanligvis tidligere skadeoplysninger, for at afgøre om de vil påtage sig en given risiko-profil. I nærværende sag havde selskabet en længerevarende og helt sædvanlig regel om, at det ikke indtegnede personer med 3 eller flere skader indenfor de sidste 3 år, og ikke indtegnede, hvis der er 2 eller flere skader på én policetype indenfor de sidste 3 år (bilag a).

Klagers advokat oplyser videre, at anledningen til, at klager tolkede det unødvendigt at oplyse om tidligere belastende skader, var at disse skader hos [klagerens tidligere selskab] var på indbodækningen, og at dette var grunden til, at han ved tegning af ulykkesforsikringen fejlagtigt oplyste, at

Ankenævnet for Forsikring

5.

96338

han ingen skader havde haft. Forklaringen afvises naturligvis, idet klager ikke blot tegnede sin ulykkesforsikring, men tegnede følgende syv forsikringer samtidig til start omkring den 1. oktober 2019:

- 1 Indboforsikring
- 2 Børneulykkesforsikringer
- 1 Voksenulykkesforsikring
- 1 Hundeforsikring
- 2 Bilforsikringer

Alle med samme risikooplysninger, hvor klager svarede Nej til spørgsmål om tidligere skader.

Opsamlet Data
Navn: [klageren]
Email: ...

Til kunde uden hus
Reg. nr.:

...

Konto nr.:

...

Hvilket forsikringsselskab har du været i de sidste 3 år:
[Klagerens tidligere selskab]

Policenummer fra tidligere forsikringsselskab vi kan hente anciennitet på:
0000

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?:
Nej

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

Klagers advokat henviser til bilag 4, som indeholder selskabets forsikringsforslag/tilbud, og anfører, at dette støtter, at assurandøren havde haft kendskab til klagers risikoprofil, og at det var denne assurandør, som udfyldte papirer og svar på vegne af klager. Dette må afvises, da bilaget

ikke viser dette, det er en udokumenteret påstand, og i øvrigt mangler mening, idet advokaten samtidig oplyser, at det var klager, der ikke var af den opfattelse, at indboscaderne, skulle oplyses ved tegning af ulykkesforsikringen. Ifølge klagers advokat, var de forkerte oplysninger således, fremkommet efter klagers egne overvejelser. Intet af advokatens påstand fremgår efter vores opfattelse af bilaget. Vi har ikke nogen oplysninger om, at en repræsentant fra selskabet har udfyldt eller rådgivet klager, til at svare usandt på spørgsmålene.

Klages advokat mener videre, at spørgsmålene var uklart formulerede, og dette har medvirket til, at klager gav forkerte oplysninger. Dette afvises. Alle spørgsmål var klare og det afgørende spørgsmåls tekst var, som det fremgår ovenfor: *Har du haft nogen skader på nogen af dine forsikringer inden for de sidste 3 år?*

For så vidt advokatens henvisning til sag UfR 2006.1732 H, er det vores opfattelse, at sagen ikke støtter klagers sag, tværtimod. I sagen var manglende oplysninger om lægebesøg ikke nok til at opsiges forsikringen. Årsagen var, at forsikringstagers lægebesøg ikke medførte, at der blev stillet en diagnose, og derved heller ikke at der blev tilbudt en behandling. Først omkring 4 år senere fik forsikringstager en diagnose. Det var en vurdering, om lægebesøget, hvor ingen diagnose blev stillet og ingen behandling tilbudt, skulle have været oplyst. Retten kom til, at det skulle det ikke.

Nærværende sag, omhandler ikke vurdering af, om der er sket noget eller ej. Her var ikke noget der skulle eller kunne vurderes eller tolkes, ud fra de stillede spørgsmål. Her var tale om simpelt faktuel afgrænsede spørgsmål. I øvrigt er opsigelsen ikke en konsekvens af, at oplysningerne var ukorrekte, men at selskabet slet ikke tegnede forsikringer med en risikoprofil som klagers.

Vi henviser til nævnets afgørelse 94219. En tilsvarende sag til den angivne højesteretssag, hvor forsikringstager ikke havde svaret korrekt på konkrete spørgsmål i en helbredserklæring. Forsikringstager havde været sygemeldt i længere tid på baggrund af en lægeerklæring, men havde svaret benægtende på selskabets konkrete spørgsmål, blandt andre om, hvorvidt forsikringstager havde været i kontakt med læge, og om der var modtaget behandling mv. De stillede spørgsmål var klare og ikke til at tolke, og nævnet kom til at selskabet havde ret til at opsiges policen tilbagevirkende.

Videre henviser vi til nævnets afgørelse 92992, hvor det var urigtige oplysninger jf. FAL § 6, stk. 1, at forsikringstager ikke havde svaret 'ja' til om han tidligere havde fået sine forsikringer opsagt. Da selskabet havde løftet bevisbyrden for, at det ikke ville have tegnet forsikringen, såfremt rigtige oplysninger var givet, kunne forsikringen opsiges tilbagevirkende.

Klager oplyst

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

Klager har været fuldt oplyst om, at han skulle oplyse alle skader.

Indtegningsregler

Klager påstår ved sin advokat, at selskabet ville have tilbudt dækning, selv med de oplysninger der nu er fremkommet. Det er en besynderlig påstand som er forkert, og i øvrigt udokumenteret, idet

selskabet, såfremt dette havde været tilfældet ville have fulgt praksis, og justeret policen tilsvarende.

Nedenfor og vedlagt (bilag a) er klip af selskabets 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- & Propertyforsikringer (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 Fri-skadedækning.
- 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.

Det er naturligvis altid op til selskabet, om det vil påtage sig en risiko, ud over de få forsikringer som forsikringsselskaber ikke kan frasige sig, og som ikke vedrører nærværende sag. Selskabet vurderer i forbindelse med indtegningen, på baggrund af de oplysninger givet af den prospektive forsikringstager, om det vil 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.

Konklusion

Selskabet fastholder afgørelsen.

Klager har givet urigtige oplysninger ved tegning af sine forsikringer hos selskabet. Klager oplyste, at han ingen skader havde haft indenfor de sidste 3 år, hvor rette svar var 4.

Det fastholdes, at klagers urigtige oplysninger ikke var afgivet i undskyldelig uvidenhed. De urigtige oplysninger må derfor tilregnes ham som uagtsomt.

Selskabets opsigelse med tilbagevirkende kraft er i fuld overensstemmelse med forsikringsaftalen, forsikringsaftalelovens § 6 stk. 1. samt af 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 NEJ-liste i indtegningsvilkår, og derfor havde selskabet ret til at afvise sagen og opsige 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. 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."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Nævnet har blandt andet modtaget forsikringsforslaget af 23/8 2019 og uddrag af selskabets indtegningsvilkår. Uddrag af bilagene gengives nedenfor.

Af mail af 2/6 2020 fra klagerens tidligere selskab fremgår bl.a.:

"Kunden har haft 4 skader på indbo

17-08-2018 pludselig skade kr. 2.188

18-10-2018 pludselig skade kr. 600

06-11-2018 hårde hvidevarer/elektronik kr. 1.486

09-12-2018 pludselig skade kr. 777

I relation til [klagerens] (sambo) har der i 2013 været en Retshjælpssag, med betaling på kr. 15.500 under indboforsikringen.
Ingen bemærkninger i øvrigt."

Af selskabets mail af 21/7 2020 til klageren fremgår bl.a.:

"Vi skriver hermed til dig vedrørende den anmeldte ulykkesskade d. 10. april 2020.

Ankenævnet for Forsikring

9.

96338

I forbindelse med anmeldelsen af skaden, har vi fået kendskab til, at der ved indtegnning af forsikringen er afgivet urigtige oplysninger. Oplysninger, der såfremt vi var vidende om disse ved indtegnning, ville have betydet, at vi ikke kunne tegne forsikringer til dig.

I forbindelse med, at du fik oprettet forsikringer i PROSAM i 2019 svarede du 'Nej' til spørgsmålet 'Har du haft nogen skader på nogen af dine forsikringer inden for de sidste 3 år?' Denne skrivelse er vedhæftet som pdf-fil.

Ved vores nærmere undersøgelse af sagen, har dette forhold vist sig at være en urigtig oplysning. [Klagerens tidligere selskab], hvor du tidligere var forsikret, har overfor os meddelt, at du har haft 4 belastende skader indenfor de sidste 3 år hos [klagerens tidligere selskab] — alle på indbo.

Af Forsikringsansvarsloven § 6, stk. 1 fremgår følgende:

Har forsikringstageren, uden at forholdet omfattes af §§ 4 eller 5, givet urigtig oplysning, er selskabet fri for ansvar, hvis det kan antages ikke at ville have overtaget forsikringen, om det rette forhold havde været oplyst.

På baggrund af antallet af anmeldte skader i tidligere selskab, ville vi ikke have kunnet tilbyde dig forsikringer og den anmeldte skade er derfor heller ikke dækket af forsikringen. Vi kan derfor ikke indgå i den anmeldte skade.

Annullering af dine forsikringer hos PROSAM er tidligere meddelt i separat skrivelse."

Nævnet udtaler:

Klageren har anmeldt, at han den 10/4 2020 var udsat for et ulykkestilfælde. Selskabet har den 21/7 2020 opsagt samtlige klagerens forsikringer med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet med henvisning til, at klageren har afgivet urigtige risikooplysninger ved tegningen af forsikringerne, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1. På denne baggrund har selskabet afvist at yde dækning for den anmeldte skade.

Klageren kræver dækning for den anmeldte personskaade. Han har blandt andet anført, at han tegnede forsikringer hos selskabet i forbindelse med, at hans forsikringsagent skiftede til selskabet, og at forsikringsagenten udfyldte forsikringsforslaget, hvorfor han i god tro indrettede sig i tillid til, at alle nødvendige oplysninger var tilvejebragt fyldestgørende. Han har videre anført, at forsikringsagenten kendte til hans skadehistorik, at han på aftaletidspunktet selv var af den opfattelse, at de tidligere indboskader ikke var relevante for tegningen af ulykkesforsikringen, og at han derfor ikke fandt anledning til at oplyse herom. Han har hertil oplyst, at han hel-

ler ikke blev vejledt om, at han skulle oplyse om tidligere indborskader. Han mener videre, at selskabet burde have uddybet eller på anden måde fremhævet i forsikringsforslaget, at sådanne skader har relevans for selskabet, og at spørgsmålet desuden er meget bredt formuleret.

Det er selskabets opfattelse, at det må have stået klageren klart, at alle skader skulle oplyses i forbindelse med indtegningen, og at spørgsmålene var fuldstændig klare. Selskabet har videre anført, at klageren tegnede 7 forsikringer samtidigt til start omkring den 1/10 2019, alle med samme risikoplysninger, hvor klageren svarede "nej" til spørgsmål om tidligere skader. Selskabet mener ikke, at klagerens fremlagte bilag beviser, at assurandøren havde kendskab til klagerens risikoprofil, ligesom selskabet ikke har nogen oplysninger om, at en repræsentant fra selskabet udfyldte eller rådgav klageren til at svare usandt på spørgsmålene. Selskabet har henvist til dets indtegningsregler, hvoraf det fremgår, at selskabet ikke tegner forsikringer når forsikringstager har haft 2 eller flere skader på én policetype inden for 3 år eller 3 skader på alle dækninger inden for 3 år.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren i forbindelse med tegningen af forsikringerne har afgivet urigtige oplysninger ved tegningen af forsikringerne, da han ikke har oplyst fyldestgørende om de skader, som han har anmeldt og fået erstatning for hos det tidligere selskab. Nævnet finder, at dette må tilregnes ham som mindst uagtsomt.

Nævnet har navnlig lagt vægt på, at klageren efter det oplyste har haft 4 skader på sin indbo-forsikring hos det tidligere selskab inden for de sidste 3 år før tegningstidspunktet.

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

Selskabet har fremlagt uddrag af dets indtegningsvilkår. Det fremgår heraf, at "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 skadesbegi-

Ankenævnet for Forsikring

11.

96338

venheder samlet på sine Motor- & Propertyforsikringer (hus, indbo, rejse, fritidshus) de sidste tre år".

Nævnet finder, at selskabet har bevist, at selskabet i henhold til sine indtegningsregler ikke ville have tegnet forsikringerne, hvis det rigtige forhold omkring klagerens skadehistorik var blevet oplyst til selskabet ved tegningen af forsikringerne.

Nævnet finder heroverfor, at klageren ikke har bevist, at selskabets assurandør kendte til klagerens tidligere skadehistorik ved indtegningen af forsikringerne, eller at assurandøren har ydet fejlagtig eller mangelfuld rådgivning.

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

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