

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 2. november 2022 blev i sag nr. 98046:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

DARAG Deutschland AG
v/Sedgwick Leif Hansen A/S
Lautrupvang 8
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har haft ulykkesforsikringer samt indbo-, rejse-, bil- og campingvognsforsikring hos selskabet. I klageskrift vedlagt klageskema af 22/3 2022 til nævnet har klagerens advokat bl.a. anført:

"PÅSTAND:

Indklagede tilpligtes at anerkende, at opsigelse af klagers forsikringer med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet den 1. oktober 2018 var uberettiget. Indklagede skal genoptage behandlingen af de i forsikringstiden anmeldte skader.

FORSIKRINGSDÆKNINGEN:

Forsikringsforslag fra PROSAM Forsikring Agentur A/S (herefter 'Prosam') til klager af 28. august 2018 vedlægges som **bilag 1**, ligesom opsamlet data af 28. august 2018 vedrørende tidligere forsikringsbegivenheder vedlægges som **bilag 2**.

Forsikringspolice vedrørende heltidsulykkesforsikringen med ikrafttrædelsesdato pr. 1. oktober 2018 vedlægges som **bilag 3**.

Risikoen ved forsikringer tegnet gennem Prosam var på daværende tidspunkt 100 % afdækket af indklagede. Indklagede valgte efterfølgende, at skadebehandlingen skulle foretages af Sedgwick Leif Hansen A/S. Af denne grund er nærværende klage stilet dertil – og ikke til Prosam.

SAGSFREMSTILLING:

I august 2018 modtog klager en henvendelse fra assurandør ... (ansat hos Prosam) med tilbud om afholdelse af et uforpligtende møde til gennemgang af klagers forsikringsforhold.

Den 28. august 2018 afholdt assurandør ... og klager (inkl. klagers ægtefælle) således et fysisk møde på klagers bopæl, hvor parterne mundtligt gennemgik klagers forsikringsforhold, ligesom parterne mundtligt gennemgik de forsikringsdækninger, som assurandør ... på vegne af Prosam kunne tilbyde klager. Assurandør ... havde til mødet medbragt forsikringsforslag, jf. bilag 1.

Som et naturligt led i drøftelserne blev klager adspurgt om eventuelle tidligere forsikringsbegivenheder inden for de seneste 3 år.

I den forbindelse oplyste klager til assurandør ..., at han med sikkerhed kunne huske to forsikringsbegivenheder, ligesom klager oplyste, at han var overbevist om, at der var flere forsikringsbegivenheder. Klager kunne imidlertid ikke huske, hvor gamle de øvrige forsikringsbegivenheder var, og om de faldt ind under perioden på 3 år. Klager opfordrede derfor assurandør ... til at følge op på de tidligere anmeldte skader ved klagers tidligere forsikringsselskab [selskab 1] ([selskab 1]), såfremt assurandør ... vurderede, at dette måtte have betydning for tilbuddet om forsikringsdækning.

Klager ønskede at tage imod tilbuddet om forsikring, hvorfor klager *sammen med assurandør ...* underskrev forsikringsforslagene med NemID, som det også fremgår af sidste side på bilag 1. Samtidig udfyldte klager *sammen med assurandør ...* besvarelsen, jf. bilag 2, hvoraf det fremgår:

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

Ja

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

Bilforsikring, hærværk 2017, børne ansvar, ca. 16.000, hærværk.'

Eftersom klager umiddelbart efter mødet ikke hørte mere fra assurandør ..., og da klager fik tilsendt forsikringspolice, jf. bilag 3, antog klager med rette, at klager havde tegnet forsikringsdækning hos Prosam. Klager antog desuden, at de tidligere anmeldte skader, som drøftet med assurandør ..., *ikke* gav anledning til, at Prosam alligevel ikke kunne tilbyde klager forsikringsdækning.

Klager indrettede sig efterfølgende i henhold til forsikringsdækningen, der var tegnet hos Prosam. Der blev anmeldt skader, som følger:

- Den 18.04.2019: Børnetandskade på børneulykkesforsikring – ingen udbetaling
- Den 27.09.2019: Kasko på bilforsikring – udbetaling på kr. 20.512
- Den 27.09.2019: Invaliditet – mén på ulykkesforsikringen – udbetaling på kr. 3.864,28
- Den 07.11.2019: Invaliditet – mén på børneulykkesforsikringen – ingen udbetaling
- Den 14.04.2020: Invaliditet – mén på ulykkesforsikringen – ingen udbetaling
- Den 14.04.2020: Psykologisk krisehjælp på indboforsikringen – ingen udbetaling
- Den 18.05.2020: Glas på indboforsikringen – ingen udbetaling
- Den 25.06.2020: Privatansvar – Tingsskade på indboforsikringen – ingen udbetaling

Ved brev af 26. august 2020, som vedlægges som **bilag 4**, traf Prosam afgørelse om ikke at indtræde i dækning på de anmeldte skader med den begrundelse, at klager havde afgivet urigtige oplysninger ved indtegning af forsikringerne. Prosam havde ved undersøgelse af klagers tidligere forsikringsforhold hos [selskab 1] konstateret flere forsikringsbegivenheder end de to, som klager havde angivet ved indtegning af forsikring, jf. bilag 2.

Mail af 15. maj 2020 fra [selskab 1] til Prosam fremlægges som **bilag 5**. Heraf fremgår syv anmeldte skader på bil- og indboforsikringen hos [selskab 1] inden for de seneste 3 år.

Én af skaderne (den 8. september 2018) er sket *efter* tegningen af forsikringen ved Prosam den 28. august 2018, hvorfor det alene er de seks øvrige skader, der er relevante for nærværende tvist.

Kun fem ud af de seks begivenheder var belastende, og af de fem belastende begivenheder blev der alene foretaget udbetaling på fire af skaderne. De fire anmeldte begivenheder er følgende:

- Den 01.02.2017: Skade på tablet over indboforsikringen
- Den 06.03.2017: Hærværk på bilforsikringen (nævnt i besvarelsen, jf. bilag 2)
- Den 12.04.2017: Ansvarsskade på indboforsikringen (nævnt i besvarelsen, jf. bilag 2)
- Den 01.01.2018: Hærværk på bilforsikringen

Endvidere fremgår det af mailen fra [selskab 1], at klager i forsikringstiden hverken havde fået rykkere, varslinger eller skærpede vilkår.

Klagers anmodning om revurdering af 7. november 2020 vedlægges som **bilag 6**.

Prosam fastholdt ved mail af 24. februar 2021 deres tidligere vurdering. Mailen vedlægges som **bilag 7**.

Klager antog undertegnede til at varetage sine erstatningsmæssige interesser i forbindelse med ulykkestilfældet den 14. april 2020. Samtidig bad klager undertegnede om at repræsentere klager i tvisten mod indklagede, særligt idet ulykken den 14. april 2020 burde være omfattet af forsikringsdækningen ved Prosam.

Undertegnede fremsendte på foranledning heraf brev af 28. maj 2021 til Prosam, hvor undertegnede anmodede om sagens akter, ligesom undertegnede på baggrund af praksis anmodede om en revurdering af sagen. Brevet vedlægges som **bilag 8**.

Prosam henviste undertegnede til at kontakte indklagede. På trods af adskillelige rykkerskrivelser, har undertegnede – nu knap ét år efter – fortsat ikke modtaget samtlige af sagens akter eller en revurdering af sagen.

Nærværende klage til Ankenævnet for Forsikring er herefter nødvendiggjort.

ANBRINGENDER:

Under henvisning til det ovenfor anførte, gøres det gældende, at opsigelsen af klagers forsikringsdækning med tilbagevirkende kraft fra den 1. oktober 2018 er uberettiget.

Indklagede skal som følge heraf tilpligtes at genoptage behandlingen af de i forsikringstiden anmeldte skader, herunder ulykken den 14. april 2020.

Det gøres til støtte herfor særligt gældende, at drøftelserne omkring forsikringstilbuddet fra indklagede skete mundtligt med assurandør ..., som var ansat ved Prosam. Derudover blev forsikringsforslagene underskrevet og besvarelsen, jf. bilag 2, udfyldt i *samråd* med assurandør ... Klager oplyste i samme forbindelse på loyal vis, at der var flere tidligere forsikringsbegivenheder end

de to, som han med sikkerhed kunne huske, men at klager imidlertid ikke kunne huske, om de øvrige skader var anmeldt inden for de seneste 3 år. På grund af klagers tvivl, opfordrede klager assurandør ... til at følge op på de tidligere anmeldte skader ved klagers tidligere forsikringsselskab.

Klager har således på intet tidspunkt i forbindelse med indtegning af forsikringsdækningerne tilbageholdt oplysninger for indklagede.

Som det fremgår af forsikringsforslagene, jf. bilag 1, side 1, vedrørende tvivlssituationer, så gjorde klager netop det, som indklagede opfordrer til; klager overlod det til Prosams assurandør ... at indhente oplysninger omkring tidligere anmeldte skader til vurdering af, hvorvidt disse var relevante eller ej.

Assurandør ... havde rig mulighed for – inden forsikringspolicens ikrafttræden pr. 1. oktober 2018 – at indhente den i bilag 5 fremlagte oversigt over tidligere forsikringsbegivenheder fra [selskab 1], som også opfordret til af klager.

Eftersom der på et senere tidspunkt blev fremsendt forsikringspolice, jf. bilag 3, med ikrafttrædelsestidspunkt pr. 1. oktober 2018, antog klager med rette, at de tidligere anmeldte skader, som drøftet med assurandør ..., *ikke* gav anledning til, at Prosam alligevel ikke kunne tilbyde klager forsikringsdækning.

Desuden bemærkes det, at der *intet* sted i materialet fra Prosam, jf. bilag 1, fremgår, at der skulle foreligge betingelser, som lyder:

- Der må maksimalt have været 3 skader indenfor de seneste 3 år
- Skadeprocenten indenfor de seneste 3 år må ikke overstige 60 %

Klager var ikke af assurandør ... blevet gjort bekendt med disse betingelser, ligesom klager, jf. ovenfor, var af den klare opfattelse, at klager opfyldte betingelserne for forsikringsdækning, da der – på trods af drøftelserne om tidligere anmeldte skader med assurandør ... – blev fremsendt forsikringspolice.

Det har desuden ikke fra indklagede været muligt at få oplyst, hvad der ligger til grund for Prosams beregning af klagers skadeprocent på 128 %.

Sammenfattende gøres det således gældende, at klager var i god tro omkring de oplysninger, klager afgav ved indtegning af forsikringsdækningen ved Prosam.

Klager agerede samtidig i tillid til den vejledning, klager fik af assurandør ... i forbindelse med besvarelsen om tidligere skader, jf. bilag 2, hvor det for assurandør ... ikke gav anledning til bemærkninger ved formuleringen af besvarelsen på trods af drøftelsen om eventuelle yderligere anmeldte skader.

Først den 26. august 2020 – knap 2 år efter indtegningen – blev klager af Prosam gjort bekendt med, at klager ikke opfyldt betingelserne for forsikringsdækning.

Ankenævnet for Forsikring

5.

98046

I henhold til praksis på området kan henvises til Ankenævnet for Forsikrings tidligere kendelse af 28. juni 2017, som for god ordens skyld er vedlægges som **bilag 9**, hvor Ankenævnet for Forsikring i en lignende tvist omkring aftaler indgået på mundtligt grundlag anfører (min understregning):

'Nævnet bemærker, at selskabet ved forsikringer, der tegnes på grundlag af telefonsamtaler, har en streng bevisbyrde for, at selskabet rent faktisk har stillet de spørgsmål, der påberåbes som grundlag for urigtige risikooplysninger, og at forsikringstageren har svaret urigtigt herpå. Nævnet finder, at selskabet ikke har bevist, at klageren under telefonsamtalen i forbindelse med indtegningen har oplyst, at hun alene havde haft en skade inden for de sidste 3 år.

...

Efter en gennemgang af sagen og efter en samlet vurdering finder nævnet herefter, at selskabet ikke har bevist, at klageren uagtsomt har afgivet urigtige risikooplysninger om sin tidligere skadeshistorik i forbindelse med tegningen af forsikringerne, jf. herved forsikringsaftalelovens §§ 6 og 7. Selskabet har derfor ikke været berettiget til at ophæve klagerens forsikringer med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet. Selskabet skal derfor genoptage sagsbehandlingen af de anmeldte skader og frafalde sit krav om tilbagebetaling af tidligere udbetalinger i skadesager.'

Det er undertegnede opfattelse, at tvisten i ovennævnte sag er sammenlignelig med nærværende sag, idet klager til assurandør ... ved et indledende møde *mundtligt* oplyste, at der tidligere har været anmeldt flere skader end de to, klager med sikkerhed kunne huske, men at klager ikke kunne huske, hvor gamle skaderne var. Prosam blev *opfordret* til at følge op på de tidligere anmeldte skader. Sammen med assurandør ... blev forsikringsforslag underskrevet på mødet den 28. august 2018. Samtidig blev besvarelse om tidligere anmeldte skader inden for 3 år, jf. bilag 2, udfyldt – ligeledes i *samråd* med assurandør ...

Ved den efterfølgende modtagelse af forsikringspolice, jf. bilag 3, antog klager med rette, at der ikke fandtes forhold, der gav anledning til, at Prosam ikke kunne tilbyde forsikringsdækning.

Bevisbyrden for, at klager uagtsomt har afgivet urigtige oplysninger må således i overensstemmelse med praksis påhvile indklagede.

Jeg skal herefter venligst anmode Ankenævnet for Forsikring om en afgørelse i sagen."

Selskabet har i meddelelse af 16/5 2022 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Påstand
Frifindelse.

Sagens ramme

Klager har klaget over, at indklagede har afvist forsikringsdækning og ophævet klagers forsikringer indtegnet hos indklagede med tilbagevirkende kraft. Det er indklagedes opfattelse, at klager har afgivet urigtige risikooplysninger, jf. FAL § 6, og at klager ikke ville have indtegnet forsikringer for klager, hvis klager havde afgivet korrekte risikooplysninger.

Anbringender

I forsikringsforslaget (bilag 1, side 2, 2. spalte), som klager ubestridt har modtaget forud for forsikringsindtegningen, er der gjort meget klart opmærksom på betydningen af, at der afgives korrekte

risikooplysninger, og hvad konsekvenserne af, at der måtte være afgivet urigtige risikooplysninger, kan være.

Klager havde haft 5 forsikringsbelastende skader indenfor 3 år forud indtegnning af forsikringer hos indklagede. Ikke desto mindre modtog indklagede alene oplysning om, at klager havde haft 2 forsikringsbelastende skader i den nævnte periode, jf. bilag 2. Indklagede har ikke kendskab til, at klager mundtligt skulle have oplyst assurandør ... om andre skader end de 2 skader, der fremgår af det skema, som klager udfyldte, jf. bilag 2.

Det bemærkes i den forbindelse, at der i skemaet er både anledning til og plads til at anføre, at der havde været andre skader i den nævnte periode, hvilket havde været naturligt, når klager som anført i klagen '... var overbevist om, at der var flere forsikringsbegivenheder', jf. klagen, side 2, 4. afsnit under sagsfremstillingen.

Det har i øvrigt formodningen imod sig, at assurandør ... skulle have modtaget oplysninger om yderligere skader end de 2 oplyste fra klager og ikke have reageret derpå. [Assurandør] var udmærket bekendt med gældende indtegningsregler, jf. i det følgende. Endvidere ville det savne mening, at [assurandør] skulle have påtaget sig selv at følge op på tidligere skader hos klagers tidligere forsikringsselskab, når forpligtelsen til at afgive korrekte risikooplysninger alene påhviler klager.

Der er således objektivt set afgivet urigtige risikooplysninger, som kan tilregnes klager som uagtsomt i forsikringsaftalelovens § 6's forstand.

Som bilag A fremlægges indklagedes skriftlige acceptregler i forhold til indtegnning af forsikringer af den type, der var tale om. Ingen af acceptreglerne var opfyldt, og det kan således lægges til grund, at indklagede ikke ville have accepteret klagers begæring om forsikring, hvis klager havde afgivet korrekte oplysninger om tidligere skader.

Indklagede mener i øvrigt ikke, at afgørelsen i sag nr. 90.024, jf. bilag 9, er sammenlignelig med omstændighederne i denne sag. Indklagede henviser derfor, for så vidt oplysninger der angiveligt er afgivet mundtligt, til landsretsafgørelserne trykt i FED2014.81Ø, FED2012.132Ø, FED1997.3V og FED1998.42Ø. Endvidere kan der henvises til Ankenævnet for Forsikrings afgørelser nr. 83.529 og 68.490."

Klagerens advokat har i brev af 8/6 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Indklagede gør gældende, at klager objektivt set har afgivet urigtige risikooplysninger, som kan tilregnes klager som uagtsomt i forsikringsaftalelovens § 6's forstand.

Forsikringsaftalelovens § 6 finder imidlertid ikke anvendelse, hvis forholdet er omfattet af forsikringsaftalelovens § 5, hvor det af stk. 1. fremgår: *'Må det antages, at forsikringstageren ved forsikringens tegning hverken vidste eller burde vide, at en af ham given oplysning var urigtig, hæfter selskabet, som om urigtig oplysning ikke forelå.'*

Det er indklagede, der skal løfte bevisbyrden for, at klager har handlet uagtsomt i forbindelse med tegningen af forsikringen. En konstatering af, at der objektivt er afgivet urigtige oplysninger, og at indklagede ikke ville have tilbudt forsikring, såfremt der var afgivet rigtige oplysninger, er således

ikke tilstrækkelig til at bringe indklagedes hæftelse til ophør, idet det ligeledes skal kunne godtgøres, at klager vidste eller burde vide, at oplysningerne var urigtige.

Indklagede har fremhævet en linje i klagens sagsfremstilling, hvor det fremgår, at klager *'var overbevist om, at der var flere forsikringsbegivenheder.'* Indklagede undlod imidlertid at fremhæve den efterfølgende sætning, hvor det er anført, at *'Klager kunne imidlertid ikke huske, hvor gamle de øvrige forsikringsbegivenheder var, og om de faldt ind under perioden på 3 år.'* Der kan således ikke ud fra sagsfremstillingen – eller sagens akter i øvrigt – udledes, at klager vidste eller burde vide, at oplysningerne afgivet ved tegningen af forsikringen var urigtige.

Indklagede har således ikke løftet bevisbyrden for, at klager har handlet uagtsomt.

Som undertegnede læser indklagedes høringsvar, bestrider indklagede heller ikke klagers fremstilling af hændelsesforløbet i forhold til mødet og samtalen med assurandør ... ved tegningen af forsikringen. Indklagede angiver i den forbindelse, at: *'Indklagede har ikke kendskab til, at klager mundtligt skulle have oplyst assurandør ... om andre skader end de 2 skader, der fremgår af det skema, som klager udfyldte, jf. bilag 2.'* Endvidere foreligger der ingen dokumentation, som modstrider klagers sagsfremstilling.

Klagers beskrivelse af hændelsesforløbet, herunder oplysningerne, som mundtligt blev givet til assurandør ... i forbindelse med tegningen af forsikringen, må således lægges til grund.

Assurandør ... fik forinden tegningen af forsikringen oplyst af klager, at der eventuelt var yderligere skader, som klager imidlertid ikke kunne huske alderen på og derfor ikke vidste, om var relevante for tegningen af forsikringen. Assurandør ... blev af klager opfordret til at indhente oplysninger om tidligere skader, såfremt han fandt det relevant. Assurandør ... fandt klagers besvarelse af skemaet, jf. bilag 2, tilstrækkelig ud fra det af klager oplyste, og klager fik tilbudt forsikringsdækning umiddelbart efterfølgende.

Henset til assurandør ... viden i forbindelse med tegningen af forsikringen, kan indklagede således ikke påberåbe sig urigtige oplysninger omkring disse forhold.

Endvidere skal det bemærkes, at indklagede som forsikringsselskab har pligt til at oplyse sagen. En forpligtelse som indklagede i høj grad har tilsidesat i nærværende sag. Siden maj 2021 har klager anmodet indklagede om fuld aktindsigt i sagen. Selv efter nærværende klage er sagens akter fortsat ikke fremlagt, hvilket bevismæssigt må komme indklagede til skade."

Selskabet har i meddelelse af 21/6 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Der er objektivt set afgivet urigtige risikoplysninger af klager. Det påhviler herefter klager at godtgøre, at klager var i god tro på tegningstidspunktet. Den bevisbyrde har klager ikke løftet ved egen forklaring og henset til, at indklagede bestrider, at klager gjorde assurandøren bekendt med andre skader end de 2 skader, som er anført i bilag 2.

Hvis klager var i tvivl om, hvorvidt 3 andre skader var af betydning, herunder hvornår skaderne var indtrådt, påhvilede det klager at gøre sig bekendt dermed og få tvivlen afklaret."

Ankenævnet for Forsikring

8.

98046

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Uddrag af bilagene gengives nedenfor. Af "Accept & begæring af forsikring" af 28/8 2018 fremgår bl.a.:

"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.

...

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

ja

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

Bilforsikring, hærværk 2017, børne ansvar, ca. 16.000, hærværk"

Nævnet har desuden fået forelagt uddrag af selskabets indtegningsregler, hvoraf det fremgår, at selskabet indtegner forsikringer på baggrund af tidligere skadeforløb eller skadeprocent. Selskabet kan blandt andet ikke tilbyde forsikringer til kunder, der har haft mere end tre skader de sidste tre år.

Nævnet udtaler:

Klageren har fra 2019 til 2020 anmeldt otte skader på sine forsikringer. Efter den seneste anmeldelse den 25/6 2020 har selskabet den 26/8 2020 opsagt klagerens forsikringer med tilbagevirkende kraft fra tegningstidspunktet den 1/10 2018 med henvisning til, at klageren har givet urigtige risikoplysninger om skadehistorik ved købet af forsikringerne. Klageren ønsker, at selskabet anerkender, at opsigelsen af forsikringerne har været uberettiget, og at selskabet genoptager behandlingen af anmeldte skader.

Klageren har anført, at han var i god tro om de oplysninger, som han afgav ved tegning af forsikringerne, og at han agerede i tillid til den vejledning, han fik af assurandøren i forbindelse med besvarelsen om tidligere skader. Han fortalte assurandøren, at han var overbevist om, at der var flere skader end de to skader, som blev nævnt i forsikringsbegæringen. Han kunne ikke huske, om de øvrige skader var sket inden for de seneste tre år, og han opfordrede assurandøren

ren til at følge op hos hans tidligere forsikringsselskab, såfremt assurandøren vurderede, at dette måtte have betydning for tilbuddet om forsikringsdækning. Klageren fik tilsendt forsikringspolicerne, hvorfor han antog, at de tidligere anmeldte skader som drøftet med assurandøren ikke havde haft betydning for tegning af forsikringerne.

Selskabet har henvist til sine acceptregler, hvoraf det fremgår, at kunder – der har haft mere end tre skader de sidste tre år – ikke kan indtegnes. Klageren har haft fem belastende skader og har objektivt set afgivet urigtige risikoplysninger, som kan tilregnes ham som uagtsom. Selskabet har ikke kendskab til, at klageren mundtligt skulle have oplyst assurandøren om andre skader end de to skader, der fremgik af forsikringsbegæringen. Selskabet har anført, at forpligtelsen til at afgive korrekte risikoplysninger alene påhviler klageren.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren objektivt set har afgivet urigtige risikoplysninger om antallet af skader, og at afgivelsen af de urigtige risikoplysninger må tilregnes ham som mindst uagtsomt.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at selskabet i forsikringsbegæringen har stillet spørgsmål om tidligere skader inden for de sidste tre år, og at klageren har svaret, at han har haft to skader.

Nævnet har videre lagt vægt på, at klageren har haft fem belastende skader hos sit tidligere selskab inden for de seneste tre år før købet af forsikringerne.

Nævnet finder, at klageren ikke har bevist, at han fortalte selskabets assurandør, at han havde haft flere end de to skader, der er nævnt i begæringen, og at det blev aftalt, at assurandøren skulle følge op hos klagerens tidligere forsikringsselskab.

Selskabet har fremlagt dets indtegningsregler, hvorefter kunder, der har haft mere end tre skader de sidste tre år, ikke kan indtegnes. Nævnet finder, at selskabet har bevist, at selskabet i

Ankenævnet for Forsikring

10.

98046

henhold til sin acceptpolitik ikke ville have tegnet forsikringerne, hvis de rigtige oplysninger om tidligere skader var blevet oplyst ved tegning af forsikringerne.

Nævnet kan herefter ikke kritisere, at selskabet har ophævet forsikringerne med tilbagevirkende kraft fra tegningstidspunktet, jf. forsikringsaftalelovens § 6 stk. 1, og at selskabet har afvist at behandle de anmeldte skader.

Det er oplyst, at selskabet foretager modregning af udbetalte erstatninger i klagers krav på tilbagebetaling af præmier. Nævnet lægger til grund, at et eventuelt resttilgodehavende for klageren tilbagebetales af selskabet.

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.



Peter Thønnings