

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 1. marts 2023 blev i sag nr. 98594:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Gjensidige Forsikring
A.C. Meyers Vænge 9
2450 København SV

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har hjemforsikring. I brev af 15/8 2022 til nævnet har klagerens advokat bl.a. anført:

"A SAGENS FORLØB:

3 [klageren] havde indtil 2019 sine forsikringer hos [klagerens tidligere forsikringsselskab] Forsikring, herunder en udvidet heltidsulykkesforsikring af typen 'Heltidsulykke udvidet 5 %' (herefter 'Ulykkesforsikringen'), der som følge af [klagerens] daværende hverv – inden for ... – var nødvendig at opretholde.

4 Ulykkesforsikringen var planlagt til fornyelse i april 2019, hvilket [klageren] modtog et brev om den 22. marts 2019 fra [klagerens tidligere forsikringsselskab]. Brevet er vedlagt nærværende klage som bilag 1. Forinden dette opsagde [klageren] imidlertid forsikringsaftalen telefonisk, fordi han grundet jobskifte ikke længere havde behov for Ulykkesforsikringen.

5 [Klageren] ville dog gerne bevare sine øvrige forsikringer hos [klagerens tidligere forsikringsselskab], hvorfor [klageren] alene afmeldte PBS-ordningen for 'heltidsulykke udvidet 5%' -forsikringen, men ikke for sine øvrige forsikringer, som fortsat blev betalt, jf. udskrifter fra [klagerens] betalingsserviceoversigter fra maj-juli 2019, der er fremlagt som sagens bilag 2-4.

6 [Klageren] modtog den 4. juni 2019 endnu et brev fra [klagerens tidligere forsikringsselskab], der fremlægges som bilag 5. Brevet angik Ulykkesforsikringen og bar overskriften 'Her får du en bekræftelse på sletning af din forsikring'. [Klageren] nærlæste ikke brevet, men antog, at der var tale om en bekræftelse på, at Ulykkesforsikringen var blevet opsagt i overensstemmelse med [klageren]s telefoniske henvendelse til [klagerens tidligere forsikringsselskab], og at han ikke ville modtage yderligere opkrævninger herfor.

7 I slutningen af 2019 købte [klageren] et hus beliggende ..., og i denne forbindelse tegnede han Hjemforsikringen samt en ejerskifteforsikring hos Gjensidige. Forsikringspolicerne blev fremsendt i tilbud via e-Boks og [klageren] godkendte også disse digitalt.

8 Den 1. april 2021 blev der begået indbrud i [klagerens] hus, og [klageren] anmeldte denne skade til Gjensidige under Hjemforsikringen den 7. april 2021.

9 Gjensidige oplyste ved brev af 4. juni 2021, der fremlægges som bilag 6, at [klagerens] forsikringer ved Gjensidige blev annulleret, fordi [klageren] i forbindelse med indtegnning af forsikringerne havde afgivet urigtige oplysninger om tidligere forsikringsforhold. Af brevet fremgår, at Hjemforsikringen blev opsagt med tilbagevirkende kraft til den 1. juni 2020, og Gjensidige afviste derfor også – med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1 – at dække den anmeldte skade.

10 [klageren] har efterfølgende anmodet Gjensidige om at omgøre afgørelsen, hvilket Gjensidige imidlertid afviste ved e-mail af 30. august 2021.

B AD GJENSIDIGES HÆFTELSE

[Klageren] hverken vidste eller burde vide, at han afgav urigtige oplysninger

11 Det bestrides helt overordnet, at Gjensidige er fri for ansvar, fordi [klageren] har afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med indtegnning af sine forsikringer hos Gjensidige, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1.

12 Indledningsvist bemærkes det, at der er enighed mellem parterne om, at [klageren] har afgivet en – objektivt – urigtig oplysning i forbindelse med indtegnning af Hjemforsikringen, fordi [klageren] ved efterfølgende gennemgang kan konstatere, at [klagerens tidligere forsikringsselskab] har fremsendt rykkerbreve for manglende betaling for Ulykkesforsikringen. Rykkerbrevene, der er fremlagt som bilag 7 og 8, er fremsendt henholdsvis den 15. april 2019 ('Rykker1') og den 15. maj 2019 ('Rykker2').

13 Det var imidlertid [klagerens] opfattelse, at han på dette tidspunkt allerede selv havde opsagt Ulykkesforsikringen og afmeldt PBS for denne forsikring, hvorfor han ikke var opmærksom på disse rykkerbreve. Ulykkesforsikringen blev herefter slettet ved brevet af 4. juni 2019. I denne sammenhæng fremhæves det, at [klagerens tidligere forsikringsselskab] efterfølgende har bekræftet, at de udestående betalinger aldrig blev sendt til inkasso, hvilket bestyrkede [klagerens] opfattelse af, at Ulykkesforsikringen var (korrekt) opsagt.

14 Det gøres således gældende, at [klageren] var i god tro om, at han afgav rigtige oplysninger ved indtegnningen af forsikringen, og at [klageren] hverken vidste eller burde vide, at den af ham givne oplysning var urigtig, hvorfor Gjensidige – i overensstemmelse med forsikringsaftalelovens § 5, stk. 1 – hæfter som om den urigtige oplysning ikke forelå.

15 [klageren] afgav i forbindelse med indtegnning af sine forsikringer hos Gjensidige erklæring om, at *'Du eller andre medlemmer af husstanden ikke er blevet adviseret om eller er blevet opsagt eller annulleret af et andet selskab pga. skade, urigtige oplysninger eller manglende betaling inden for de sidste 3 år'*. Det kan lægges til grund, at denne erklæring ikke er blevet gennemgået og forklaret for [klageren], der – som ovenfor nævnt – godkendte forsikringstilbuddet digitalt.

16 Det fremgår af erklæringen, at en forsikringstager skal tage stilling til, hvorvidt dennes tidligere

forsikringer er blevet 'opsagt' eller 'annulleret' og dermed ikke om en tidligere forsikring er blevet 'slettet', således som det fremgår af [klagerens tidligere forsikringsselskabs] brev af 4. juni 2019.

17 For så vidt angår vurderingen af, hvorvidt [klageren] vidste eller burde vide, at han afgav urigtige oplysninger i forbindelse med indtegningen af forsikringerne hos Gjensidige, er det relevant, at Ulykkesforsikringen blev 'slettet' – og dermed ikke 'opsagt' eller 'annulleret' – og at [klageren] modtog en 'bekræftelse på sletning' af Ulykkesforsikringen. Endvidere fremgår det alene af Rykker1, at forsikringsaftalen 'ophører den 8. maj 2019', hvis [klageren] ikke betalte sit udestående, mens det af Rykker2 fremgår, at forsikringen 'ophørte den 8. maj 2019'.

18 I forbrugerforhold, hvor forbrugeren er den svage part, er den sproglige udformning særligt relevant ved vurderingen af, hvorvidt forbrugeren 'vidste eller burde vide' noget. I nærværende sag, hvor der ikke er sprogligt sammenfald mellem den til Gjensidige afgivne erklæring og de breve som [klageren] modtog i forbindelse med sletningen af Ulykkesforsikringen, er det Gjensidige (som den stærke part), der som koncipist må sikre sig, at udformningen af aftalen er tilstrækkelig klar, når Gjensidige ønsker at aftalen skal have et bestemt indhold –dette særligt, når [klageren] alene har haft den skriftlige erklæring at forholde sig til.

19 For eksemplets skyld fremhæves ANF 77.663, hvori Ankenævnet fandt, at en forsikringstager ikke kunne bebrejdes at have erklæret, at forsikringstageren ikke havde 'haft skærpede vilkår' – dette uanset, at forsikringstageren inden for erklæringsperioden havde modtaget varsel om en præmieforhøjelse på 500 %. Det er således forsikringsselskabet, der som koncipist og den stærke part, bærer ansvaret for enhver upræcis formulering i disses forsikringserklæringer, hvilket da også følger af fast og langvarig praksis ved domstolene.

20 Henset til forløbet kan det lægges til grund, at [klageren] hverken vidste eller burde vide, at han afgav urigtige oplysninger ved at erklære, at han ikke var blevet opsagt eller annulleret af et andet forsikringsselskab grundet manglende betaling. Af samme årsag gøres det gældende, at Gjensidige hæfter for den af [klageren] lide skade, som om den urigtige oplysning ikke forelå, jf. forsikringsaftalelovens § 5.

21 Allerede fordi nærværende forhold omfattes af forsikringsaftalelovens § 5, kan Gjensidige således ikke anses som at være fri for ansvar, jf. ordlyden af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, hvoraf det fremgår at selskabet alene er fri for ansvar hvis forsikringstageren 'uden at forholdet omfattes af §§ 4 eller 5' har afgivet urigtig oplysning.

22 Gjensidige har desuden på intet tidspunkt under klageforløbet dokumenteret, at Gjensidige – med henvisning til sine indtegningsregler – ikke ville have tilbudt [klageren] Hjemforsikringen i forbindelse med sit huskøb, dersom [klageren] vidste og havde oplyst, at hans tidligere forsikringsselskab havde slettet en forsikring – der beskytter en helt anden begivenhed – grundet manglende betaling af én enkelt præmiate.

23 Det gøres således sammenfattende gældende, at Gjensidige ikke er berettiget til at afvise dækning af [klageren]s skade med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, og at Gjensidige derfor skal yde fuld dækning for den skade, som [klageren] anmeldte på Hjemforsikringen den 7. april 2021.

24 For fuldstændighedens skyld henvises der i øvrigt til ANF 89208, hvori Ankenævnet for Forsikring fastslog, at et forsikringsselskab ikke – med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1 – var berettiget til at opsig en forsikringstagers forsikring, fordi forsikringstageren måtte have haft formodning om, at forsikringstageren selv havde opsagt sin forsikringsaftale ved sit tidligere forsikringsselskab – dette selvom det tidligere forsikringsselskab havde sendt rykkerbreve hvoraf det fremgik, at forsikringen ville ophøre, hvis præmien ikke blev betalt og til sidst et brev om 'Bekræftelse på sletning'.

25 Ankenævnet for Forsikring lagde ved bedømmelsen af klagerens tilregnelser vægt på, at det tidligere (opsigende) forsikringsselskab ikke havde benyttet formuleringen 'opsige', og at det nye (indklagede) forsikringsselskabs erklæring i acceptformularen alene indeholdt ordet 'opsagt' og ikke de bredere formuleringer 'slettet eller ophørt' – dette nøjagtigt som i nærværende sag.

26 I nærværende sag er der således sådanne sammenlignelige omstændigheder som i ANF 89208, at det kan lægges til grund, at Gjensidige Forsikring ikke var berettigede til at opsig [klagerens] forsikringsaftale(r), fordi [klageren] var i god tro om at han ikke afgav urigtige oplysninger.

Ad særlig undskyldelighed for afgivelse af urigtige oplysninger

27 Selv hvis Ankenævnet for Forsikring finder, at forholdet i nærværende sag ikke er omfattet af forsikringsaftalelovens § 5, og at Gjensidige ikke ville have tilbudt [klageren] forsikringer, dersom det rette forhold havde været oplyst, gøres det gældende, at den sproglige uoverensstemmelse under alle omstændigheder må have den konsekvens, at [klagerens] afgivning af urigtige oplysninger er sket ved så beskeden og ringe uagtsomhed, at Gjensidige i henhold til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3 skal hæfte for skaden, jf. herom også bemærkningerne til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3.

28 Af bemærkningerne fremgår, at der med indsætningen af § 6, stk. 3 sigtedes til tilfælde, hvor det i særlig grad må anses for undskyldeligt, at forsikringstageren har afgivet urigtige oplysninger, hvilket netop er tilfældet i nærværende sag.

29 I denne sammenhæng fremhæves det, at [klageren] – efter egen opfattelse – telefonisk havde opsagt Ulykkesforsikringen, men at [klageren] fortsat ville bevare sine øvrige forsikringer hos [klagerens tidligere forsikringsselskab], hvilket også er årsagen til, at [klageren] kun afmeldte PBS-ordningen for 'heltidsulykke udvidet 5%-forsikringen, men ikke for sine øvrige forsikringer, jf. også bilag 2-4. Dette blev i øvrigt gjort i tiltro til, at hans ulykkesforsikring var opsagt, og at han ikke ville modtage yderligere opkrævninger herfor.

30 Det bemærkes endvidere, at [klagerens tidligere forsikringsselskab] – efter at forsikringen var blevet slettet den 4. juni 2019 - hverken ved brev eller telefonisk gjorde [klageren] opmærksom på, at der fortsat udestod en restance for Ulykkesforsikringen, ligesom at restancen ikke er blevet sendt til inkasso.

31 Det gøres på denne baggrund gældende, at [klageren] havde en berettiget forventning om, at det var [klageren] selv, der havde opsagt Ulykkesforsikringen, herunder også fordi [klageren] ikke længere havde brug for denne, fordi dette ikke var nødvendigt grundet hans hverv. Dette forhold må nødvendigvis tale for, at en eventuel udvist uagtsomhed fra [klageren] er så ringe, at Gjensidi-

Ankenævnet for Forsikring

5.

98594

ge alligevel skal hæfte for [klagerens] skade, fordi særlige omstændigheder taler herfor, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3."

Selskabet har i brev af 13/9 2022 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Overordnet sagsfremstilling

I forbindelse med køb af ejendom accepterer klager (forsikringstager), at tegne hus- og ejerskifteforsikring hos os den 29. oktober 2019.

Efterfølgende anmoder klager om tilbud på hjemforsikring, som accepteres digitalt den 10. december 2019 (bilag A). Af tilbuddet og accepten fremgår det, at klager med sin accept erklærer:

'Det er et krav for tegning, at du eller andre af din husstand ikke:

- er i restance i nuværende forsikringsselskab*
- er adviseret om, eller har modtaget meddelelse om, at en forsikring vil ophøre, blive opsagt, slettet, eller annulleret, i et andet selskab pga. en skade, urigtige risikoplysninger eller manglende betaling inden for de sidste 3 år'.*

Police for hjemforsikring gældende fra 1. juni 2020 sendes til klagers e-Boks den 17. december 2020.

Udover hjemforsikring accepterer klager dyreforsikring den 16. januar 2021 (bilag B). I forbindelse med accepten erklærer klager igen:

'Det er et krav for tegning, at du eller andre af din husstand ikke:

- er i restance i nuværende forsikringsselskab*
- er adviseret om, eller har modtaget meddelelse om, at en forsikring vil ophøre, blive opsagt, slettet, eller annulleret, i et andet selskab pga. en skade, urigtige risikoplysninger eller manglende betaling inden for de sidste 3 år'*

Dyreforsikring sendes til klagers e-Boks den 21. januar 2021.

Klager accepterer tilbud på ulykkesforsikring digitalt den 18. februar 2021 (bilag C og D). Ved accepten erklærer klager, at:

- du eller din husstand ikke er i restance i nuværende forsikringsselskab*
- du eller andre medlemmer af husstanden ikke er adviseret om eller er blevet opsagt eller annulleret af et andet selskab pga. skade, urigtige oplysninger eller manglende betaling inden for de sidste 3 år.*

Forsikringspolice for ulykkesforsikring sendes til klagers e-Boks den 18. februar 2021.

Den 7. april 2021 anmelder klager indbrud på forsikringsstedet sket i dagene omkring den 1. - 4. april 2021. Som led i skadebehandlingen afgiver forsikringstager og medforsikrede samtykke til, at vi kan udveksle oplysninger bl.a. med andre forsikringsselskaber vedrørende tidligere og nuværende forsikringsforhold – herunder betalingsforløb, restancer og opsigelser af policer samt skadesforløb og skærpede vilkår. Sagen udtages til en rutinemæssig nærmere undersøgelse, herunder også af de afgivne oplysninger ved indtegningen. Vi konstaterer i den forbindelse, at klagers

tidligere forsikringsselskab (Danske Forsikring) den 4. juni 2019 (bilag 5) har opsagt klagers ulykkesforsikring på grund af præmierestancen, herunder at restancen fortsat er udsående (bilag E).

Den 4. juni 2021 meddeler vi klager, at vi er blevet bekendt med, at der blev afgivet urigtige risikooplysninger ved tegningen af de nævnte forsikringer, hvorefter de tegnede forsikringer vil blive annulleret med tilbagevirkende kraft, dog vil lovpligtige dækninger fortsætte (bilag 6). På baggrund af en konkret vurdering annullerer vi heller ikke den tegnede ejerskifteforsikring.

Samtidig oplyser vi, at skaden, der blev anmeldt den 7. april 2021, ikke er omfattet af hjemforsikringen, da den er annulleret.

Klager overdrager sagen til sin advokat som påklager afgørelsen til Klageansvarlige Enhed, som fastholder afgørelsen i svar af 30. august 2021 og 30. juni 2022 (bilag F og G), vi henviser i det hele til svar fra KE, også for et mere uddybende sagsforløb.

Vores vurdering

Vi noterer os, at der er enighed om, at klager objektivt har afgivet urigtige risikooplysninger ved indtegnning. Advokaten gør dog gældende, at klager var i god tro, jf. forsikringsaftalelovens § 5, stk. 1 subsidiært at klager har udvist en beskeden og ringe uagtsomhed, som er udtryk for særlig undskyldelighed, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3, hvorefter vi ikke er berettiget til at opsig de pågældende policer, jf. forsikringsaftale lovens § 6, stk. 1.

Ad forsikringsaftalelovens § 5, stk. 1

Advokaten gør gældende, at klager hverken viste eller burde vide, at klager afgav urigtige oplysninger, hvorfor klager har handlet i god tro, jf. forsikringsaftalelovens § 5, stk. 1.

Til støtte herfor oplyser advokaten at på et tidspunkt før 22. marts 2019 op sagde klager sin ulykkesforsikring telefonisk over Tidligere forsikringsselskab, hvorefter klager afmelder PBS-betalingen for den pågældende ulykkesforsikring.

Der er ikke fremlagt dokumentation herfor, heller ikke i form af PBS-udskifter for perioden februar – april 2019. Tidligere forsikringsselskab kan heller ikke bekræfte overfor os, at klagers ulykkesforsikring skulle være opsagt telefonisk eller der skulle være begået fejl, som er beklaget overfor klager.

Derimod kan vi konstatere, at Tidligere forsikringsselskab sendte rykkerskrivelse 1 og 2 om manglende betaling for netop den pågældende forsikring henholdsvis 15. april og 15. maj 2019 (bilag 7 og 8), som klager ikke reagerede på.

Tidligere forsikringsselskab meddeler endeligt at den pågældende forsikring er slettet den 4. juni 2019 (bilag 5). Advokaten oplyser, at klager 'nærlæste ikke brevet, men antog, at der var tale om en bekræftelse på, at Ulykkesforsikring var blevet opsagt' i overensstemmelse med klagers telefoniske henvendelse.

Det forhold, at klager ikke læser indholdet af de to rykkerhenvendelser (med giroindbetalingskort) samt endelige bekræftelse 4. juni 2019 (bilag 7, 8 og 5) kan ikke statuere god tro, da klager burde have læst og gjort sig bekendt med indholdet af henvendelserne.

Var indholdet ikke i overensstemmelse med klageres oplevelser skulle og burde klager have reageret herpå ved henvendelse til Tidligere forsikringsselskab.

Vi bemærker yderligere at den endelige bekræftelse på sletning af 4. juni 2019 (bilag 5) er meget kortfattet, og det fremgår både entydigt og tydeligt med fed skrift, at 'Forsikringen er slettet 08.05.2019 pga. manglende betaling', hvorefter det er vores opfattelse, at selv ved fokus på overskriften ses brevtteksten om den 'manglende betaling' meget tydeligt.

Det forhold, at klager ikke gør sig bekendt med indholdet af henvendelser eller læser henvendelsens fulde indhold, kan ikke i sig selv medføre, at klager opnår en bedre retsstilling, end hvis klager have læst henvendelsernes, om klager burde.

Den omstændighed, at Tidligere forsikringsselskab ikke igangsætter inkassoinddrivelse kan ikke tages til indtægt for, at den pågældende ulykkesforsikrings var korrekt opsagt. I øvrigt anføres det alene i 'Rykker 2' (bilag 8, midt), at 'vi har ret til at overdrage beløbet til retslig inkasso', det anføres ikke, at selskabet vil eller faktisk gør det.

Derimod er det vores opfattelse, at klager ikke kan have en berettiget forventning om, at der ikke udestår en restance til Tidligere forsikringsselskab, da klager ikke har betalt for den faktiske risikoperiode, som angivet i de to rykkerhenvendelser samt endelig meddeles om sletning.

For så vidt angår advokatens henvisning til accept 'Erklæring' (klageskrift punkt 15 – 19), skal vi først gøre gældende, at denne ikke er formuleret på en måde eller har et indhold, som bevirker, at erklæringen skal gennemgås med den forsikringsøgende/forsikringstageren. Derimod kan vi som forsikringsselskab have tillid til, at vores kunder afgiver korrekte oplysninger ved indtegningen. Er der noget, som forsikringsøgende/kunden ikke forstår eller ikke kan stå inde for, er det op til den forsikringsøgende/kunden at kontakte os herom.

I relation til sprogligt sammenfald deler vi ikke advokatens opfattelse af, at man kan forvente et fuldstændigt sprogligt sammenfald forsikringsselskaberne imellem for almindelige og generelt anvendte ord.

Blot for god ordens skyld skal vi nævne, at 'slettet' er anvendt såvel i erklæringen for hjem- som dyreforsikringen (bilag A og B). Det er først ved ulykkesforsikringen (bilag C og D), at 'slettet' ikke indgår.

Dette forhold er dog i sig selv uden betydning, derimod skal vi præcisere, at forudsætningen i de enkelte erklæringsspørgsmål er formuleret generelt og angår enhver tidligere forsikring.

Advokatens henvisning til AK 77663 må med det ovenfor anførte tilbagevises, idet vi i øvrigt ikke finder de to sager sammenlignelige, da vi også i risikoerklæringen for ulykkesforsikringen nævner '... er blevet opsagt eller annulleret af et andet selskab pga. skade, urigtige oplysninger eller manglende betaling ...'.

For henvisning til AK 89209 må vi i det hele henvise til at omstændighederne og dermed præmissen for kendelsen ikke er identiske eller på anden måde sammenlignelige, hvorfor kendelsen ikke kan tages til indtægt i sagen her.

Henset til det faktiske forløb, er det vanskeligt at forestille sig, at klager ikke vidste at ulykkesforsikringen i Tidligere forsikringsselskab var slette/opsagt på grund af præmierestance, uanset dette så burde klager under alle omstændigheder have viden om de faktiske forhold fra bl.a. fra de gentagende henvendelser om manglende betaling og meddelelse om ophør af forsikringen fra Tidligere forsikringsselskab.

Vi fastholder derfor, at klager ikke har været i god tro på tidspunktet for accepten til os, jf. forsikringsaftalelovens § 5.

Ad særlig undskyldelighed, forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3

Den nævnte bestemmelse giver i særlige og enkeltstående tilfælde mulighed for at se bort for uagtsomt urigtige risikooplysninger, når disse er afgivet bl.a. undskyldeligt.

I vurderingen indgår bl.a. graden af den udviste uagtsomhed, altså tilfælde hvor uagtsomheden er så ringe, og må anses om undskyldeligt, ex. i form af en forglemmelse eller upræcis formulering af spørgsmål, som vil medføre et urimeligt resultat for sikrede.

Som anført i det foregående undlader klager at gøre sig bekendt med indholdet af henvendelserne fra det Tidligere forsikringsselskab eller for den sags skyld underlader at kontakte det tidligere forsikringsselskab i forlængelse af de gentagende rykkerhenvendelser med giroopkrævning – tilsyneladende heller ikke for at få rettet evt. misforståelsen.

Vi må som forsikringsselskaber have tillid til, at kunderne læser og gør sig bekendt med indholdet af vores henvendelser, samt at kunderne kontakter os ved evt. uoverensstemmelse i henvendelsen. Skulle et forhold af denne karakter betragtes som undskyldeligt jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3, vil det indebære, at kunder, som ikke læser henvendelser fra forsikringsselskaber, reelt opnår bedre retsstilling end øvrige kunder, som faktisk læser modtagne henvendelser. Det er vores opfattelse, at det ikke er denne retstilling bestemmelsen tilsigter.

Det er vores opfattelse, at de konkrete omstændigheder ikke statuerer en så ringe uagtsomhed/undskyldelighed at forholdet falder ind under bestemmelsen i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3.

Ad dokumentation for acceptregler

Vi vedlægger uddrag af vores acceptregler som bilag H. Der er alene tale om et uddrag, da acceptreglerne er interne forretningsmæssige oplysninger. Skulle nævnet have behov for yderligere oplysninger eller lign. hører vi naturligvis gerne.

Ad husforsikringen

Alle de her omhandlende skadeforsikringer indtegnes på risiko- og acceptoplysninger, som svarer til accepter fremlagt som bilag A – D.

Vi må imidlertid erkende, at vi i klagers tegningsaccept af husforsikringen ikke er i besiddelse af netop den side, som faktisk indeholder 'accepterklæringen'. Vi er derfor ikke i stand til at dokumentere, at klager faktisk har afgivet 'accepterklæring' for husforsikringen ved tegningen.

I konsekvens heraf er vi indstillet på at tilbyde klager at genoptage husforsikringen for perioden 1. november 2019 til 30. juni 2021, hvor husforsikringen overgik til andet selskab.

Tilbuddet forudsætter, at klager indbetaler præmie for husforsikringen i den nævnte periode, som vil svarer til ca. 7.500 kr."

Klagerens advokat har i brev/mail af 14/11 2022 til nævnet bl.a. anført:

"1 Gjensidiges høringsvar af 13. september 2022 giver anledning til nogle (få) supplerende bemærkninger, idet det tidligere anførte fastholdes.

2 [Klageren] fastholder overordnet, at Gjensidige skal anerkende, at Gjensidige har været uberettiget til at opsigse Hjemforsikringen med tilbagevirkende kraft, og at Gjensidige følgelig skal anerkende dækning af den skade, som [klageren] anmeldte under Hjemforsikringen den 7. april 2021 – dette fordi [klageren] hverken vidste eller burde at en af ham given oplysning var urigtig.

Ad kendskab til oplysningens rigtighed

3 Det er ubestridt, at [klageren]s Ulykkesforsikring blev opsagt grundet manglende betaling. [Klageren] bestrider imidlertid fortsat at [klageren] ved mindst uagtsomhed burde have kendskab hertil.

4 Til støtte herfor fremhæver [klageren], at [klageren] opsagde (eller forsøgte at opsiges) sin forsikring hos sit tidligere forsikringsselskab, [tidligere forsikringsselskab], ved telefonisk henvendelse i marts 2019, men at denne opsigelse tilsyneladende ikke er blevet registreret. Dette ændrer imidlertid ikke ved det forhold, at [klageren] hverken vidste eller burde vide, at denne oplysning var urigtig, hvorfor Gjensidige hæfter som om, at den urigtige oplysning ikke forelå, jf. forsikringsaftalelovens § 5.

5 Det er korrekt, at [klageren] ikke ved henvendelse til [tidligere forsikringsselskab] har kunnet bekræfte at Ulykkesforsikringen blev forsøgt opsagt eller at der var registreret et telefonopkald fra [klageren] i marts 2019 til [tidligere forsikringsselskab]. Det er efterfølgende blevet oplyst over for [klageren], at [tidligere forsikringsselskab] registrerer henvendelser via telefonnumre, og eventuelt CPR-nummer.

6 Som anført i den uddybende klage, opsagde [klageren] Ulykkesforsikringen, fordi han grundet et jobskifte ikke længere havde behov for denne. I forbindelse med jobskiftet skiftede [klageren] ligeledes telefonnummer, og [klageren] erindrer ikke dette tidligere telefonnummer – altså et arbejdstelefonnummer som [klageren] anvendte for mere end 2 år siden – eller om opsigelsen blev foretaget via dette telefonnummer. Af samme årsag er det således naturligt, at [tidligere forsikringsselskab] ikke været i stand til at finde en registreret henvendelse i marts 2019.

7 [Klageren] betalte da også for Ulykkesforsikringen i hele perioden op til opsigelsen, hvilket [tidligere forsikringsselskab] da også har bekræftet, jf. den som sagens bilag 9 fremlagte korrespondance

med [tidligere forsikringsselskab]. Det må således lægges til grund, at [klageren] ikke afmeldte Ulykkesforsikringen fra betalingsservice, førend [klageren] havde en berettiget forventning om, at Ulykkesforsikringen var opsagt.

8 Denne formodning bestyrkedes af, at [tidligere forsikringsselskab] – uanset at [tidligere forsikringsselskab] var berettiget hertil – ikke indledte inkassoskridt over for [klageren]. I denne sammenhæng fremhæves det, at [tidligere forsikringsselskab] heller ikke opsagde [klagerens] øvrige forsikringer hos [tidligere forsikringsselskab] til trods for, at [klageren] de facto var i restance hos [tidligere forsikringsselskab], og at [tidligere forsikringsselskab] utvivlsomt havde kendskab hertil.

9 På baggrund af ovenstående gøres det således sammenfattende gældende, at [klageren] – efter at Ulykkesforsikringen blev slettet – hverken vidste eller burde vide, at dette skyldtes manglende betaling, endsige at [klageren] var i restance hos [tidligere forsikringsselskab]. Af samme årsag fastholdes det, at Gjensidige hæfter som om, at den urigtige oplysning ikke var blevet afgivet i forbindelse med indtegningen, jf. forsikringsaftalelovens § 5.

Ad Gjensidiges indtegningsregler

10 Det fremgår af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, at hvis forsikringstageren har givet urigtig oplysning, er forsikringsselskabet fri for ansvar, hvis det kan antages ikke at ville have overtaget forsikringen, om rette forhold havde været oplyst.

11 [klageren] bestrider imidlertid, at Gjensidige har løftet bevisbyrden for, at Gjensidige ikke ville overtage forsikringen, dersom [klageren] havde afgivet de rigtige oplysninger om sine tidligere forsikringsforhold på aftaletidspunktet.

12 Til støtte herfor henvises til uddrag fra Gjensidiges acceptpolitik, der er fremlagt som sagens bilag H. Heraf fremgår, at

"Hvis forsikringstageren eller medlemmer af forsikringstagers husstand..."	så...
er adviseret om, eller har modtaget meddelelse om, at en forsikring vil ophøre, blive opsagt, slettet, eller annulleret, i et andet selskab pga. en skade, urigtige risikooplysninger eller manglende betaling inden for de sidste 3 år.	Kan der ingen forsikringer tegnes hos os. Lovpligtige forsikringer kan dog ikke afvises, medmindre det er den aktuelle forsikring, der er i restance"

13 Det er i nærværende sag ubestridt, at [klageren] har modtaget meddelelse om, at [klagerens] forsikring i et andet selskab ville blive slettet grundet manglende betaling, og det må således lægges til grund, at Gjensidige i henhold til sin egen acceptpolitik, skulle afvise at tegne enhver forsikring, som ikke var lovpligtig.

14 Da Gjensidige blev opmærksom på, at Ulykkesforsikringen hos [tidligere forsikringsselskab] var blevet slettet grundet [klageren]s manglende betaling, valgte Gjensidige da også, at opsiges en del

af – men ikke samtlige – [klageren]s forsikringer med tilbagevirkende kraft ved brevet af 4. juni 2021 (bilag 6).

15 Som anført i høringsvaret af 13. september 2022 annullerede Gjensidige imidlertid [klageren] ejerskifteforsikring, dette på baggrund af en konkret vurdering. Gjensidige har således bevaret en af [klagerens] forsikringer der ikke var lovpligtig – dette uanset, at Gjensidige var bekendt med, at [klagerens] Ulykkesforsikring var blevet slettet grundet manglende betaling og uanset at det af Gjensidiges acceptpolitik fremgår, at Gjensidige i en sådan situation ikke ville have indtegnet [klageren] for en ikke-lovpligtig forsikring, hvis det rigtige forhold om sletning af forsikring ved et tidligere forsikringselskab havde været oplyst på aftaletidspunktet.

16 Gjensidige har således efter en konkret vurdering tilsidesat sin egen acceptpolitik, og på denne baggrund gør [klageren] gældende, at Gjensidige ikke har løftet bevisbyrden for, at en forsikrings-søgende hos Gjensidige ikke kunne tegne en ikke-lovpligtig forsikring, hvis denne havde fået slettet en tidligere forsikring ved et andet selskab.

17 Gjensidige er således ikke fri for ansvar under Hjemforsikringen, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, modsætningsvist.

18 [klageren] gør endvidere gældende, at Gjensidige ikke har løftet bevisbyrden for, at Gjensidige ikke ville have overtaget forsikringen på andre vilkår end de faktisk tilbudte, hvorfor Gjensidige i hvert fald hæfter for den af [klageren] anmeldte skade på Hjemforsikringen, under sådanne (eventuelt) ændrede vilkår, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2.

19 Af Gjensidiges acceptpolitik fremgår da også, at

Hvis forsikringstageren eller medlemmer af forsikringstagerens husstand...	så...
er i restance/fogedsag hos os eller i tidligere forsikringselskab	kan der ingen forsikringer tegnes hos os. [...] Hvis restancen indbetales, kan forsikringen, efter en konkret vurdering indtegnes mod tvungen tilmelding til Betalings-Service. Der kan kun vælges helårlig betaling. Ved en konkret vurdering kan der bl.a. ses på: • Er det første gang kunden er i restance? • Er kunden 'altid' i restance? • Er der undskyldende omstændigheder?

20 Gjensidiges acceptpolitik indeholder således bestemmelse om, at Gjensidige efter en konkret vurdering kunne have besluttet at indtegne [klageren] for en ikke-lovpligtig forsikring under ændrede betingelser, dersom [klageren] forinden indtegnings tidspunktet var blevet gjort opmærk-

som på, at han var i restance hos [tidligere forsikringsselskab], og i forlængelse heraf havde betalt denne restance.

21 Det er værd at fremhæve, at der netop for [klageren] var tale om en enkeltstående restance af to mindre opkrævninger for en – efter [klageren]s opfattelse – opsagt forsikring på henholdsvis DKK 611,00 og DKK 604,00. Det bemærkes i denne sammenhæng, at dette må være udtryk for undskyldende omstændigheder for en førstegangsrestance, der i henhold til Gjensidiges acceptpolitik kan bevirke at der alligevel kan tegnes forsikring – dette uanset, at [klageren] var i restance hos et tidligere forsikringsselskab.

22 På baggrund af ovenstående gøres det sammenfattende gældende, at Gjensidige må antages at ville have indtegnet [klageren] – under de i acceptpolitikken nævnte skærpede vilkår om betaling af restance og tilmelding til (helårlig) betalingsservice – hvorfor Gjensidige hæfter for Hjemforsikringen i dette omfang, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2.

Ad lempelsesbestemmelsen i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3

23 Dersom Ankenævnet for Forsikring mod forventning finder, at [klageren] ved mindst uagtsomhed vidste eller burde vide, at [klageren] under indtegningen havde afgivet urigtige oplysninger, fastholdes det for fuldstændighedens skyld, at der foreligger sådanne særlige omstændigheder, der taler for, at Gjensidige alligevel skal hæfte, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3.

24 I denne sammenhæng fremhæves det indledningsvist, at det uoplyste forhold – navnlig at [klageren]s Ulykkesforsikring var blevet slettet grundet manglende betaling – ikke har haft indflydelse på, at den anmeldte skade (der angår et indbrud i [klagerens] hus) endsige omfanget heraf.

25 Det fremhæves endvidere, at oplysningen om at Ulykkesforsikringen var blevet slettet grundet manglende betaling (og at [klageren] var i restance) kunne have været konstateret af Gjensidige allerede på indtegningsstidspunktet – altså knap halvandet år før [klageren] anmeldte en skade på sin Hjemforsikring. [klageren] blev imidlertid ikke bekendt hermed før Gjensidige ophævede [klageren]s forsikringer, herunder Hjemforsikringen, og afviste at dække den anmeldte skade. Ophævelsen har således den konsekvens, at [klageren] de facto har været uden en række forsikringer i næsten halvandet år, hvilket er et sådant åbenbart urimeligt og uforholdsmæssigt bebyrdende resultat for [klageren], som lovgiver netop har søgt at undgå ved indførelse af lempelsesreglen i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3, jf. herom også betænkning 2002, 1423 angående forsikringsaftalelovens § 6.

26 [Klageren] gør derfor sammenfattende gældende, at Gjensidige skal hæfte for den på Hjemforsikringen anmeldte skade, fordi der er sådanne særlige omstændigheder der taler herfor."

Selskabet har i brev af 6/12 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Ad kendskab til oplysningernes rigtighed

Vi henviser til det allerede anførte i høringssvar 1. I relation til afsnit 8 skal vi bemærke, at præmierestance for en forsikringspolice, kan ikke i sig selv begrunde eller give anledning til at opsig hele

eller dele af det resterende kundeforhold. Opsigelse fra forsikringsselskabets side kræver hjemmel eller anden legitim/beskyttelsesværdig interesse.

Ad Gjensidiges indtegningsregler

Klager gør gældende, at det forhold, at vi på baggrund af en konkret vurdering tilbyder at fortsætte ejerskifteforsikringen, dermed ikke har godtgjort, at vi ville afvise at indtegne øvrige ikke-lovpligtige forsikringer, jf. replikkens punkt 12 samt bilag H.

Som citeret i replikkens punkt 12, angiver vores acceptpolitik, at der ikke kan indtegnes forsikring hos os, hvis tidligere selskab har adviseret eller meddelt, at en forsikring vil ophøre, blive opsagt, slette eller annulleret på grund af bl.a. manglende betaling, jf. bilag H.

Det forhold, at vi på baggrund af en konkret vurdering meddeler klager, at trods indtegningsreglerne vil vi på baggrund af en konkret vurdering tilbyde at fortsætte ejerskifteforsikringen bevirker ikke, at vi er forpligtet til se bort fra vores indtegningsregler for øvrige policer.

Ejerskifteforsikringen kan alene tegnes i forbindelse med en ejendomshandel og inden køber overtager ejendommen. Forsikringspræmien for ejerskifteforsikringen betales i øvrigt når forsikringen træder i kraft og præmiebetalingen gælder for hele forsikringsperioden.

Klager vil således ikke have mulighed for at nytegne ejerskifteforsikringen i andet selskab, hvorfor vi på baggrund af en konkret vurdering har tilbudt klager at fortsætte netop denne police. Derimod vil klager kunne nytegne øvrige policer i andet selskab.

Det er i øvrigt vores opfattelse, at vores vurdering i relation til ejerskifteforsikringen er i overensstemmelse med principperne om god skik i bekendtgørelse af lov om finansiel virksomhed samt bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører.

Heller ikke replikkens punkt 19 – 21 om restance med præmiebetaling hos os eller tidligere forsikringsselskab kan føre til, at vi skulle være uberettiget til at opsige de tegnede forsikringer, herunder særligt hjemforsikringen.

Det anførte punkt i acceptreglerne regulerer forsikringspolicer, som er i restance, men som ikke er varslet/eller ophørt. Vi henviser til bilag H og den fulde tekst i det citerede afsnit, som afsluttes med en uddybning 'Læser mere restance og dækophør her'. I uddybningen (bilag I) præciseres indledningsvist, at der sondres mellem policer, som allerede er afgangsført på grund af restance og policer som blot er i restance, men ikke varslet til ophør eller ophørt. Disse to situationer præciseres i det efterfølgende, hvor det fremgår af første afsnit, at hvis policen er opsagt på grund af restance, kan der ikke tegnes forsikring hos os. I næste afsnit præciseres, at for kunder med udstående saldo/restancer beror tegning på en konkret vurdering, jf. bl.a. det angivne. Da klagers police i Tidligere forsikringsselskab allerede var opsagt på tidspunktet, hvor klager begærer og afgiver risikooplysninger til os, er det påberåbte afsnit om udstående saldo/restance ikke relevant for klager.

Endelige skal vi henvise til de generelle acceptregler, hvor det fremgår, at allerede fordi klager har afgivet urigtige risikooplysninger, kan vi ikke tilbyde at tegne forsikring, jf. bilag H, sidste afsnit.

Blot for fuldstændighedens skyld skal vi bemærke, at klager først indbetaler præmierestancen til Tidligere forsikringsselskab den 22. juni 2021, altså omkring tidspunktet hvor klagers advokat påklager vores afgørelse til Klageansvarlige Enhed, jf. bilag 9).

Ad lempelsesbestemmelsen i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3

Vi deler ikke advokatens betragtninger. Vi mener derimod, at lovgivers hensigt med lempelsesbestemmelsen var nogle helt særlige tilfælde, hvor lovens § 6, stk. 1 og 2 ville føre til resultater som virker urimelige.

Vi bemærker i øvrigt, at det antages, at det forhold at der ikke er årsagssammenhæng mellem det uoplyste forhold og den anmeldte skade ikke i sig selv bevirker, at lempelsesbestemmelsen kan komme i anvendelse."

Til dette har klagerens advokat fremsendt brev af 10/1 2023, hvori det bl.a. er anført:

" 1 Gjensidiges høringssvar af 6. december 2022 giver anledning til nogle (få) supplerende bemærkninger, idet det tidligere anførte fastholdes, herunder at Gjensidige skal stille [klageren] som om, at forsikringen ikke var opsagt med tilbagevirkende kraft og dermed sikre behandling af den anmeldte skade.

Ad acceptpolitik og viden om urigtige oplysninger

2 Det gøres fortsat gældende, at [klageren] ikke ved mindst uagtsomhed vidste eller burde vide, at han afgav urigtige oplysninger i forbindelse med tegning af forsikring hos Gjensidige.

3 I forlængelse heraf fremhæves det, at det netop af uddybningen af Gjensidiges acceptregler fremgår, at 'Det ikke er muligt for kunden, at blive indtegnet hos os, hvis kunden allerede er blevet opsagt pga. restance [...]' (min fremhævnings).

4 Uagtet, hvad der fremgår af accepterklæringen, har Gjensidige således alene intern acceptpolitik, for så vidt angår forsikringer, der er 'opsagt' grundet restance, hvad [klageren] imidlertid ubestridt ikke har modtaget meddelelse om. [tidligere forsikringsselskab] har tværtimod alene oplyst over for [klageren] at de ville 'slette' Ulykkesforsikringen, der således 'ophørte', men ikke at denne blev 'opsagt'.

5 Selv hvis [klageren] var bekendt med, at forsikringen var 'slettet' grundet restance (og ikke grundet [klageren]s egen opsigelse, som [klageren] formodede), og hvis [klageren] efterfølgende af Gjensidige var blevet spurgt ind hertil i forbindelse med tegningen af Hjemforsikringen, kunne [klageren] således have afgivet urigtig oplysning om tidligere forsikringsforhold – dette uden, at [klageren] kunne genkende den sproglige udformning heraf, fordi Gjensidiges acceptpolitik de facto ikke henviser hertil. Dette forhold kan imidlertid ikke lægges [klageren] til last, jf. herom ANF 77.663.

6 Det fastholdes således, at den af [klageren] udviste uagtsomhed er af ringe karakter, og at Gjensidige ikke har løftet bevisbyrden for, at der med henvisning til Gjensidiges acceptpolitik ikke ville kunne ske indtegnings, hvis [klageren] i forbindelse med indtegnings var bekendt med og følgelig havde oplyst, at Ulykkesforsikringen var blevet 'slettet'.

Ad lempelsesbestemmelsen i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3

7 Det fastholdes endvidere, at lempelsesbestemmelsen i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3 finder anvendelse, således at Gjensidige – uanset forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1 og 2 – alligevel skal hæfte helt eller delvist.

8 Af bestemmelsen fremgår navnlig, at der ved vurderingen af hvorvidt lempelsesbestemmelsen finder anvendelse skal lægges vægt på:

- a) om det forhold, hvorom der er givet urigtig oplysning, må antages at have haft indflydelse på forsikringsbegivenhedens indtræden eller skadens størrelse,
- b) på den af forsikringstageren udviste uagtsomhed og
- c) på den tid, der er forløbet fra afgivelsen af urigtig oplysning til forsikringsbegivenhedens indtræden

9 For så vidt angår punkt a) konstateres det blot, at der ikke er en sådan årsagssammenhæng mellem det uoplyste forhold og forsikringsbegivenhedens indtræden, at lempelsesreglen af denne årsag ikke skulle finde anvendelse.

10 For så vidt angår punkt b) henvises der til det tidligere anførte om hvorvidt [klageren] vidste eller burde vide, at [klageren] afgav urigtige oplysninger, navnlig at [klageren] – efter dennes opfattelse – selv havde opsagt Ulykkesforsikringen, og at dette var årsagen til, at Ulykkesforsikringen blev slettet. Dette bestyrkedes da også af, at [tidligere forsikringsselskab] heller ikke forfulgte opkrævningen yderligere efter juni 2019.

11 Afslutningsvist gentages det angående punkt c), at [klageren] tegnede Hjemforsikringen ved Gjensidige i slutningen af 2019, og at skaden først indtrådte næsten halvandet år senere i april 2021. I denne periode havde [klageren] ikke særlig anledning til at blive bekendt med, at han var i restance hos [tidligere forsikringsselskab] for Ulykkesforsikringen, som [tidligere forsikringsselskab] hverken rykkede for ligesom [klageren] i øvrigt ikke anmeldte skader, der kunne have afdekket dette forhold, således at [klageren] havde mulighed for at (re)etablere forsikringsdækning.

12 Det var således ikke før indbruddet i 2021 – og Gjensidiges efterfølgende opsigelse af forsikringsdækningen med tilbagevirkende kraft – at [klageren] blev bekendt med, at han ikke havde forsikringsdækning for perioden, dette for en skade på flere hundrede tusinde kroner, som [klageren] ellers selv må afholde.

13 På baggrund af ovenstående gøres det sammenfattende gældende, at betingelserne i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3 er opfyldt, og at det således kan bestemmes at Gjensidige skal hæfte som om, at urigtig oplysning ikke forelå. Det gøres endvidere gældende, at en afvisning af dækning under [klageren]s forbrugerforsikring vil have uforholdsmæssigt store konsekvenser i forhold til den af [klageren] udviste uagtsomhed og hændelsesforløbet i øvrigt, hvorfor særlige omstændigheder da også taler for at pålægge Gjensidige at hæfte, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3."

Nævnet har fået forelagt bilag, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af brev af 15/4 2019 fra klagerens tidligere forsikringsselskab fremgår bl.a.:

"Heltidsulykke udvidet 5% - vi mangler en betaling fra dig

Vi har ikke modtaget betalingen for din forsikring den 5. april 2019.

Ankenævnet for Forsikring

16.

98594

Du får et girokort

Sammen med dette brev får du et girokort, som vi vil bede dig bruge, når du betaler beløbet.

Du mangler at betale	611,00 kr.
Gebyr i forbindelse med dette brev	100,00 kr.
Betaling for næste måned	604,00 kr.
I alt skal du næste gang betale	1.315,00 kr.

Hvis du ikke betaler, sletter vi forsikringen

Hvis du fortsat ønsker at være dækket af forsikringen, er det vigtigt, at du betaler beløbet.

Ellers ophører forsikringsaftalen den 8. maj 2019, og du er ikke længere dækket, hvis der sker skade.

...

Ønsker du ikke længere forsikringen?

Hvis du ikke længere ønsker at være dækket af forsikringen, skal du kontakte os."

Af brev af 15/5 2019 fra klagerens tidligere forsikringsselskab fremgår bl.a.:

"Heltidsulykke udvidet 5% - forsikringen er ophørt, fordi du ikke har betalt

Vi har tidligere bedt dig betale din forsikring, men vi har endnu ikke modtaget din betaling. Derfor er forsikringen ophørt, og du er ikke længere dækket, hvis der sker skade.

Hvis du har betalt beløbet inden for de seneste par dage, behøver du ikke læse dette brev.

Du har pligt til at betale frem til ophørsdatoen

Din forsikring ophørte 8. maj 2019, og selv om du ikke længere er dækket af forsikringen, hæfter du for betalingen frem til ophørsdatoen. Det betyder, at vi har ret til at overdrage beløbet til retslig inkasso, hvis du ikke betaler. Det vil vi naturligvis helst undgå, da det også betyder ekstra omkostninger for dig.

Forsikringen træder i kraft igen, hvis du betaler inden 20. maj 2019

Du har mulighed for at få forsikringen sat i kraft igen, hvis du betaler det beløb, som du skylder os, inden 20. maj 2019. Forsikringen træder dog først i kraft igen, når vi har modtaget beløbet.

Du får et girokort

Sammen med dette brev får du et girokort, som vi vil bede dig bruge, når du betaler beløbet. Hvis du betaler på en anden måde, er det vigtigt at du henviser til opkrævningsnummer ...

Du mangler at betale	1.315,00 kr.
Gebyr i forbindelse med dette brev	100,00 kr.
I alt skal du næste gang betale	1.415,00 kr.

Når du har betalt beløbet du skylder

Betalingen for juni måned vil vi først opkræve sammen med betalingen for juli måned."

Af brev af 4/6 2019 fra klagerens tidligere forsikringsselskab fremgår bl.a.:

Ankenævnet for Forsikring

17.

98594

"Her får du en bekræftelse på sletning af din forsikring

Heltidsulykke udvidet 5% - Forsikrede: 140177-2673

Forsikringen er slettet 08.05.2019 pga. manglende betaling. Vi gør opmærksom på, at [klagerens tidligere forsikringsselskab] ikke kan genoptage forsikringen, før vi har foretaget en individuel kundevurdering, og der er indbetalt den skyldige restpræmie og et genoptagelsesgebyr på 261,00 kr."

Af e-mail af 11/11 2022 fra klagerens tidligere forsikringsselskab fremgår bl.a.:

"Din tidligere ulykkesforsikring var i kraft fra perioden d. 1. juni 2015 til d. 8. maj 2019, hvor den ophørte pga. restance.

Vi har løbende modtaget månedlig betaling fra d. 1. juli 2015 frem til d. 1. marts 2019, som var den sidste månedlige betaling.

Restancen blev betalt d. 22. juni 2021."

Af klagerens accepterklæring af 10/12 2019 af hjemforsikringen fremgår bl.a.:

"Samtykke og erklæring

...

Erklæring

Du erklærer med din accept, at du har svaret korrekt på alle spørgsmål, at de allerede nævnte forudsætninger og nedenstående krav er i overensstemmelse med de faktiske forhold. Er det modsatte tilfældet, kan det få konsekvenser for din erstatning, eller medføre at din forsikring/dine forsikringer slettes.

Det er et krav for tegning, at du eller andre medlemmer af husstanden ikke:

- er registreret i Experians RKI-register eller andet debitorregister
- er under konkurs eller konkursbehandling
- er i restance i nuværende forsikringsselskab
- er adviseret om eller har fået skærpede vilkår efter en skade fx forhøjet præmie og/eller påtvungen selvrisiko inden for de sidste 3 år
- er adviseret om, eller har modtaget meddelelse om, at en forsikring vil ophøre, blive opsagt, slettet, eller annulleret, i et andet selskab pga. en skade, urigtige risikoplysninger eller manglende betaling inden for de sidste 3 år
- har anmeldt mere end tre skader på én forsikring inden for de sidste 3 år, uanset om denne har været i flere selskaber. Ved én forsikring forstås samme forsikringstype fx indboforsikring, husforsikring og bilforsikring."

Af selskabets interne acceptpolitik fremgår bl.a.:

"Acceptregler

Hvis forsikringstageren eller medlemmer af forsikringstagers husstand ...	Så ...
er adviseret om, eller har modtaget meddelelse om, at en forsikring vil op-høre, blive opsagt, slettet, eller annulleret, i et andet selskab pga. en skade, urigtige risikoplysninger eller manglende betaling inden for de sidste 3 år.	Kan der ingen forsikringer tegnes hos os. Lovpligtige forsikringer kan dog ikke afvises, medmindre det er den aktuelle forsikring, der er i restance.
Er i restance/fogedsag hos os eller i tidligere forsikringsselskab	kan der ingen forsikringer tegnes hos os. Lovpligtige forsikringer kan dog ikke afvises, medmindre det er den aktuelle forsikring, der er i restance. Hvis restancen indbetales, kan forsikringen, efter en konkret vurdering, indtegnes mod tvungen tilmelding til Betalingsservice. Der kan kun vælges helårlig betaling. Ved en konkret vurdering kan der bl.a. ses på: • Er det første gang kunden er i restance? • Er kunden 'altid' i restance? • Er der undskyldende omstændigheder? Læs mere om restance og dækophør her .
Er adviseret om eller pålagt skærpede vilkår i andet forsikringsselskab	Kan der ingen forsikringer tegnes hos os Lovpligtige forsikringer kan dog ikke afvises.
Har afgivet urigtige oplysninger i forhold til bare en af de tilbudte forsikringer	Kan der ingen forsikringer tegnes hos os. Lovpligtige forsikringer kan dog ikke afvises.

Af selskabets interne forretningsgang fremgår bl.a.:

"Opsagt pga. restance i andet selskab eller i Gjensidige/ [andet forsikringsselskab].

Det er ikke muligt for kunden, at blive indtegnet hos os, hvis kunden allerede er blevet opsagt pga. restance i enten Gjensidige/[andet forsikringsselskab] eller i et andet selskab.

Udestående saldo/restance

Hvis kunden pt. er i restance hos os eller i et andet selskab og ønsker at tegne en forsikring/dækning eller få ændret den police, der er i restance, skal der foretages en konkret vurdering før vi overhovedet imødekommer kundens ønske.

Når vi vurderer, om vi vil imødekomme kundens ønske, kigges der både på kunden og dennes husstand.

I den konkrete vurdering kan der bl.a. ses på:

- Er det første gang kunden er i restance?
- Er kunden altid i restance?
- Har kunden månedlig betaling?
- Er der evt. en særlig undskyldende omstændighed til hvorfor kunden er i restance?
- Har kunden et fornuftigt skadesforløb?
- Er der andre ting, der gør, at vi bør passe på med indtegnings?"

Nævnet udtaler:

Klageren tegnede hjemforsikring den 10/12 2019 og dyreforsikring den 18/2 2021. I accepten af tilbuddene tilkendegav klageren, at han ikke inden for de sidste 3 år var adviseret om, eller havde modtaget meddelelse om, at en forsikring ville ophøre, blive opsagt, slettet, eller annulleret, i et andet selskab på grund af manglende betaling. Klageren tegnede ulykkesforsikring den 18/2 2021. I accepten af tilbuddet tilkendegav klageren, at han ikke inden for de sidste 3 år var adviseret om, eller var blevet opsagt eller annulleret af et andet selskab på grund af manglende betaling. Den 7/4 2021 anmeldte klageren, at han den 1/4 2021 havde haft indbrud. Selskabet annullerede den 4/6 2021 klagerens ulykkesforsikring, hjemforsikring, samt ikke-lovpligtige dækninger på bil og husforsikringen med tilbagevirkende kraft med henvisning til, at klageren havde afgivet urigtige risikoplysninger ved tegningen. Selskabet afviste af samme grund dækning af indbruddet. Selskabet har under sagens behandling for nævnet tilbudt at klageren kan genoptage husforsikringen for perioden 1/11 2019 til 30/6 2021, idet selskabet ikke kan dokumentere, at klageren afgav accepterklæring for husforsikringen ved tegningen.

Klageren kræver dækning for indbruddet. Han har anført, han hverken vidste eller burde vide, at oplysningen var urigtig, hvorfor selskabet efter forsikringsaftalelovens § 5, stk. 1 hæfter som om den urigtige oplysning ikke forelå. Han har i anden række anført, at han har udvist en så ringe uagtsomhed, at der foreligger sådanne særlige omstændigheder, at selskabet skal dække indbruddet, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3.

Han har anført, at han i marts 2019 telefonisk opsagde (eller forsøgte at opsige) sin ulykkesforsikring ved sit tidligere forsikringsselskab, idet han skiftede job og ikke havde brug for en ulykkesforsikring. Han afmeldte efterfølgende PBS-betalingen for denne ene forsikring, men ikke for sine øvrige forsikringer. Han nærlæste ikke brevet af 4/6 2019 – der havde overskriften 'Her får du en bekræftelse på sletning af din forsikring' – idet han antog, at der var tale om en bekræftelse på, at ulykkesforsikringen var opsagt i overensstemmelse med hans telefoniske henvendelse. Han har muligvis opsagt ulykkesforsikringen fra det telefonnummer, han benyttede i forbindelse med sit tidligere erhverv. Han erindrer ikke arbejdstelefonnummeret – som han benyttede for mere end 2 år siden - og derfor kan hans tidligere forsikringsselskab ikke undersøge, om selskabet har modtaget et opkald fra dette nummer i marts 2019.

Han har anført, at fremgik af rykkerne fra hans tidligere forsikringsselskab, at forsikringen ville "ophøre". I brev af 4/6 2019 fra tidligere forsikringsselskab stod der, at forsikringen var "slettet" - og ikke "opsagt" eller "annulleret", som fremgik af selskabets accepterklæring ved indtegningen af forsikringerne. Han har anført, at det er selskabet, der – som den stærke part og koncipist – må sikre sig, at aftalen er tilstrækkelig klar. Klageren har anført, at hans tidligere forsikringsselskab – efter ulykkesforsikringen den 4/6 2019 blev slettet – hverken telefonisk eller skriftligt gjorde opmærksom på, at der fortsat udestod en restance, og at restancen ikke blev sendt til inkasso. Han havde derfor en berettiget forventning om, at det var ham, der havde opsagt ulykkesforsikringen.

Klageren har anført, at selskabet ikke har bevist, at selskabet ikke ville overtage forsikringen, hvis han havde afgivet de rigtige oplysninger om sine tidligere forsikringsforhold. Selskabet har fraveget sin acceptpolitik ved at fortsætte hans ikke-lovpligtige ejerskifteforsikring. Selskabets acceptpolitik indeholder en bestemmelse om, at selskabet efter en konkret vurdering kan beslutte at indtegne klageren for en ikke-lovpligtig forsikring under ændrede betingelser, hvis han forinden indtegnings tidspunktet var blevet gjort opmærksom på, at han var i restance hos sit tidligere forsikringsselskab og i forlængelse heraf har betalt denne restance. Der var tale om en

enkeltstående restance af to mindre opkrævninger for en – efter klagerens opfattelse – opsagt forsikring. Dette må være udtryk for undskyldende omstændigheder for en førstegangsrestance, der i henhold til selskabets acceptpolitik kan bevirke at der alligevel kan tegnes forsikring.

Selskabet har anført, at klageren ikke har fremlagt dokumentation for, at han opsagde ulykkesforsikringen telefonisk, eller at han afmeldte PBS-betalingen for den pågældende ulykkesforsikring. Klageren kan ikke have en berettiget forventning om, at der ikke var restance til det tidligere forsikringsselskab, idet klageren ikke havde betalt for den faktiske risikoperiode, som angivet i det tidligere forsikringsselskabs breve. At klageren ikke læste indholdet af de to rykkerhenvendelser samt den endelige bekræftelse 4/6 2019 kan ikke statuere god tro. Var indholdet ikke i overensstemmelse med klagerens oplevelser, burde klageren have reageret. Selskabet har anført, at der ikke er så ringe uagtsomhed/undskyldelighed, at forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3, kan anvendes.

Selskabet har anført, at ordet "slettet" er anvendt i erklæringen for både dyre- og hjemforsikringen. Ved ulykkesforsikringen indgår ordet "slettet" ikke. Selskabet er ikke forpligtet til se bort fra indtegningsreglerne for øvrige policer, fordi selskabet på baggrund af en konkret vurdering har tilbudt at fortsætte ejerskifteforsikringen. Forsikringspræmien for ejerskifteforsikringen betales, når forsikringen træder i kraft og præmiebetalingen gælder for hele forsikringsperioden. Klageren vil ikke have mulighed for at nytegne ejerskifteforsikringen i andet selskab.

Selskabet har anført, at acceptreglerne sonderer mellem policer, som allerede er afgangsført på grund af restance og policer, som blot er i restance, men ikke er varslet til ophør eller er ophørt. Klagerens police i det tidligere forsikringsselskab var opsagt på tidspunktet, hvor klageren afgav risikooplysningerne. Derfor er afsnittet om udstående saldo/restance ikke relevant for klageren. Klageren indbetalte først præmierestancen til sit tidligere forsikringsselskab den 22/6 2021.

Af brev af 15/4 2019 fra klagerens tidligere forsikringsselskab fremgår det, at **"Heltidsulykke udvidet 5% - vi mangler en betaling fra dig**. Vi har ikke modtaget betalingen for din forsikring

Ankenævnet for Forsikring

22.

98594

den 5. april 2019 ... Sammen med dette brev får du et girokort, som vi vil bede dig bruge, når du betaler beløbet ... **Hvis du ikke betaler, sletter vi forsikringen.** Hvis du fortsat ønsker at være dækket af forsikringen, er det vigtigt, at du betaler beløbet. Ellers ophører forsikringsaftalen den 8. maj 2019, og du er ikke længere dækket, hvis der sker skade".

Af brev af 15/5 2019 fra klagerens tidligere forsikringsselskab fremgår det, at "**Heltidsulykke udvidet 5% - forsikringen er ophørt, fordi du ikke har betalt.** Vi har tidligere bedt dig betale din forsikring, men vi har endnu ikke modtaget din betaling. Derfor er forsikringen ophørt, og du er ikke længere dækket, hvis der sker skade ... **Du har pligt til at betale frem til ophørsdatoen.** Din forsikring ophørte 8. maj 2019, og selv om du ikke længere er dækket af forsikringen, hæfter du for betalingen frem til ophørsdatoen".

Af brev af 4/6 2019 fra klagerens tidligere forsikringsselskab fremgår det, at "**Her får du en bekræftelse på sletning af din forsikring ... Forsikringen er slettet 08.05.2019 pga. manglende betaling.** Vi gør opmærksom på, at [klagerens tidligere forsikringsselskab] ikke kan genoptage forsikringen, før vi har foretaget en individuel kundevurdering, og der er indbetalt den skyldige restpræmie og et genoptagelsesgebyr på 261,00 kr".

Af selskabets interne acceptregler fremgår det, at hvis forsikringstageren er adviseret om, eller har modtaget meddelelse om, at en forsikring vil ophøre, blive opsagt, slettet, eller annulleret, i et andet selskab pga. en skade, urigtige risikoplysninger eller manglende betaling inden for de sidste 3 år, kan der ingen forsikringer tegnes hos selskabet.

Det er mellem parterne ubestridt, at klageren har afgivet objektiv urigtig oplysning om, at han ikke tidligere er blevet opsagt grundet manglende betaling.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at det må tilregnes klageren som mindst uagtsomt, at han afgav urigtig oplysning ved indtegningen af dyre- og hjemforsikringen. Nævnet finder, at selskabet har bevist, at selskabet efter indtegningsreglerne ikke ville have tegnet for-

sikringerne, hvis det rigtige forhold var oplyst til selskabet ved tegningen af forsikringen. Nævnet finder, at der ikke er omstændigheder, der kan føre til, at selskabet skal hæfte helt eller delvist efter forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3. Nævnet kan herefter ikke kritisere, at selskabet har ophævet forsikringerne med tilbagevirkende kraft og har afvist at yde forsikringsdækning for indbruddet.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på brevene fra klagerens tidligere forsikringsselskab, hvor det fremgår, at klageren mangler at betale sin ulykkesforsikring, og at ulykkesforsikringen vil blive

slettet, hvis han ikke indbetaler det skyldige beløb. Det fremgår af brevet af 4/6 2019, at ulykkesforsikringen er blevet slettet på grund af manglende betaling, og at klageren mangler at indbetale den skyldige restpræmie. Det må på denne baggrund have stået klageren klart, at ulykkesforsikringen ikke var opsagt af ham, og at den var slettet på grund af manglende betaling.

Nævnet har også lagt vægt på, at det tidligere forsikringsselskab i brevet af 15/4 tillige benyttede ordet "slettet", og at dette ord fremgår af erklæringen i acceptformularen til hjem- og dyreforsikringen hos det indklagede selskab. Der kan således ikke være tale om, at klageren på grund af ordvalget var i god tro om, at han afgav rigtige oplysninger ved indtegningen. Nævnet bemærker, at det alene er i acceptformularen til ulykkesforsikringen hos det indklagede selskab, at ordet "slettet" ikke fremgår.

Nævnet har tillige lagt vægt på, at klageren i løbet af 2 måneder fik tre breve om sin restance på ulykkesforsikringen i det tidligere forsikringsselskab, og at det i dette forløb må have stået klart for klageren, at der ikke blot var tale om tre orienteringsbreve, som han ikke behøvede at læse/nærlæse, fordi de alle angik hans egen opsigelse af ulykkesforsikringen.

Ankenævnet *for* Forsikring

24.

98594

Nævnet bemærker, at klageren ikke har dokumenteret, at han telefonisk opsagde ulykkesforsikringen i sit tidligere forsikringsselskab i marts 2019.

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.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'P. Thønnings'.

Peter Thønnings