

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 4. januar 2023 blev i sag nr. 98755:

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 familie/indboforsikring. Sagen har tidligere været forelagt nævnet, der i kendelse 97763 af 10/8 2022 udtalte:

"Klageren tegnede hus-, hjem- og bilforsikring hos selskabet og angav den 18/1 2019 i forbindelse med tegningen af hus-, hjem- og bilforsikring, at der i husstanden ikke havde været anmeldt mere end 3 skader på en enkelt forsikring inden for de sidste 3 år. Den 17/2 2020 angav kunden tilsvarende, da hun tegnede rejseforsikring. Klageren anmeldte den 11/10 2021 et tyveri på rejseforsikringen.

Selskabet har den 23/11 2021 opsagt husstandens ikke-lovpligtige forsikringer med tilbagevirkende kraft og har afvist at yde dækning for tyveriet, som klageren anmeldte den 11/10 2021. Selskabet har henvist til, at klageren har afgivet urigtige oplysninger ved tegningen, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, da hun ikke har oplyst om, at hun i perioden 12/11 2016-10/12 2017 har anmeldt 5 skader på sin tidligere hjem/indboforsikring, og at det ikke ville have tegnet forsikringerne, såfremt korrekte oplysninger var givet.

Klageren kræver, at selskabet anerkender, at der reelt kun var 3 skader og genoptager anmeldelsen af tyveriet samt fjerner hende fra 'den sorte liste'. Hun har anført, at hendes tidligere forsikrings-selskab har bekræftet, at hun kun har haft 3 skader på sin indboforsikring. Det tidligere forsik-ringsselskab har oplyst, at de 2 andre skader handler om, at hun har ringet og spurgt, om det var dækningsberettigende, hvis hun tabte sin telefon på gulvet. Hun har hverken anmeldt, sendt fak-turaer eller e-mails til det tidligere selskab angående de 2 'skader'. Der var tale om generelle, tele-foniske efterspørgsler, og det har ikke drejet sig om en konkret sag eller anmeldelse.

Selskabet har anført, at det tidligere forsikringsselskab har oplyst klager om tre belastende skader fra maj 2019 og tre år tilbage. Det afgørende er antallet af anmeldte skader, hvilket der også spørges til i indtegningsmaterialet. Det er ikke afgørende, om anmeldelserne har medført dækning og erstatningsudbetaling. Det tidligere forsikringsselskab har oplyst, at der er anmeldt 5 skader i perioden 12.11.2016-10.12.2017. Selskabet har ikke mulighed for at undersøge disse anmeldelser nærmere.

Af det tidligere forsikringsselskabs e-mail til selskabet fremgår det, at 'Kunden har anmeldt følgende

skader hos os: ... Skadesdato: 10-12-2017. Produkt: Hjem. Skadet... Tyveri. Skadeå... Tyveri fra butik/offentlige steder ... Nettoomk. 3225 kr. Skadesdato: 17-11-2017. Produkt: Hjem. Skadet ... rejsegods. Skadeå... Beskadigelse ... Nettoomk. 8000 kr. Skadesdato: 02-02-2017. Produkt: Hjem. Skadet... Brand og kortslutning. Skadeå... Kortslutning ... Nettoomk. 5240 kr. Skadesdato: 30-01-2017. Produkt: Hjem. Skadet... Tyveri. Skadeå... Glemmt/tabt/forlagt ... Nettoomk. 0 kr. Skadesdato: 12-11-2016. Produkt: Hjem. Skadet... Pixel, funktionsfejl eller anden skadet elektronik. Skadeå... Pludselig skade ... Nettoomk. 0 kr.'

Af det tidligere forsikringsselskabs e-mail til klageren fremgår det, at 'Som lovet sendes her en oversigt over dine belastende skader fra maj 2019 og 3 år tilbage. 10.12.2017 Hjemforsikring tyveri 3.225 kr. nettoomkostninger for os. 17/11 2017 Hjemforsikring, beskadigelse på rejsegods, 8.000 kr. nettoomkostninger for os. 02.02.2017 Hjemforsikring, Brand og kortslutning, 5.240 kr. for nettoomkostninger for os'.

Af klagerens samtykkeerklæring af 18/1 2019 fremgår det, at 'Ligeledes erklærer du med din accept, at ... der ikke har været anmeldt mere end 3 skader på en enkelt forsikring inden for de sidste 3 år. Det er naturligvis vigtigt at ovenstående er i overensstemmelse med de faktiske forhold, da det ellers kan få konsekvenser for din erstatning i tilfælde af en skade eller medføre afslag på tegning af forsikring.'

Nævnets flertal udtaler:

Efter en gennemgang af sagen finder flertallet, at selskabet på det foreliggende usikre grundlag ikke har godtgjort, at klageren i forbindelse med tegningen af forsikringerne i 2019 objektivt har afgivet urigtige oplysninger om antallet af anmeldte skader i sit tidligere selskab. Flertallet har blandt andet lagt vægt på klagerens oplysninger om, at hun ikke anså de to indboforsikringsskader uden udbetaling, som hendes tidligere selskab har registreret, som skader hun havde foretaget egentlig anmeldelse af, da hun blot telefonisk havde forhørt sig om forsikringsdækningens omfang uden at indsende mails, fakturaer e.l.

Efter forsikringsaftalelovens § 5 hæfter selskabet, som om urigtig oplysning ikke forelå, hvis det må antages, at forsikringstageren ved forsikringens tegning hverken vidste eller burde vide, at en af hende given oplysning var urigtig.

På den baggrund, og idet klageren ifølge den fremlagte skadeshistorik hos det tidligere forsikringsselskab kun har haft 3 skader, der førte til udbetaling, finder flertallet, at klageren på tidspunktet for tegningen har været i god tro om oplysningens rigtighed. Selskabet hæfter derfor i medfør af forsikringsaftalelovens § 5, som om urigtig oplysning ikke forelå.

Ankenævnet for Forsikring

3.

98755

Af de anførte grunde har selskabet derfor været uberettiget til at opsige klagerens forsikringer. Selskabet skal derfor genoptage sagsbehandlingen af den anmeldte tyveriskade, og må ved fremtidige forespørgsler fra andre selskaber ikke oplyse, at hun er blevet opsagt/saneret på baggrund af afgivelse af urigtige oplysninger ved indtegningen.

Nævnets mindretal udtaler:

Mindretallet finder, at selskabet har dokumenteret, at der var anmeldt 5 skader til det tidligere selskab, og at det kan tilregnes klageren som mindst uagtsomt, at klageren ved indtegningen af forsikringen ikke har oplyst dette.

Der træffes afgørelse efter stemmeflertallet."

Nævnets formand har på selskabets anmodning tilladt genoptagelse af sagen. Selskabet har i brev af 14/9 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Efter modtagelse af Ankenævnets kendelse har vi bedt [andet forsikringsselskab] om uddybende oplysninger om de to skader af hhv. 12.11.2016 og 30.01.2017, som ikke medførte udbetaling.

[Andet forsikringsselskab] har den 31.08.2022 fremsendt kopi af deres notater vedrørende de to omhandlede skader.

Som det fremgår af de nye oplysninger nedenfor, var klagers henvendelser til [andet forsikringsselskab] ikke blot generelle forespørgsler, men egentlige skadesanmeldelser. Uagtet at skadesanmeldelserne har været telefonisk behandlet, ændrer det ikke på, at der er tale om reelle skadesanmeldelser, hvor der umiddelbart kunne tages stilling til forsikringsdækning.

[Andet forsikringsselskab] noterede følgende i forbindelse med klagers skade af 12.11.2016, som blev anmeldt den 15.11.2016 på indboforsikringen:

Fru ft ringer og forklarer at hendes [barn] i weekenden taber sin iPhone 5 på deres badeværelsesgulv. Fru ft forklarer at skærmen går i stykker og telefonen ikke kan tænde. Jeg afviser grundet manglende dækning

[Andet forsikringsselskab] noterede følgende i forbindelse med klagers skade den 30.01.2017, som blev anmeldt på indboforsikringen den 03.02.2017:

Fortæller at hendes [barn] er kommet hjem fra skiferie og at han har mistet sin jakke samt handsker. Han ved ikke hvor de er henne. Hun fortæller, at han er styrtet på ski og at han har fået hjerneystelse, og at hans ting er forsvundet i den forbindelse. Jeg oplyser, at vi ikke dækker glemte/tabte/forlagte genstande, og så ændrer hun forklaringen til at de er stjålet imens at han blev hjulpet. Jeg fastholder afvisning og hun vil have diverse paragraffer og bilag tilsendt. Jeg sender et sæt vilkår hvor jeg understreger, at det skal sandsynliggøres at der er tale om tyveri.

Samme dag den 03.02.2017 fremsendte [andet forsikringsselskab] de gældende forsikringsbetingelser som opfølgning på afvist dækning.

Endvidere bemærker vi, at klager under nærværende Ankenævns sag har kontaktet [andet forsikringsselskab] den 25.03.2022, som har gjort følgende notat:
FT bliver stillet om fra kundeservice.

Hun stiller spørgsmålstegn ved, at denne sag og en anden skadesag, hvor der ikke er udbetalt erstatning, er skadesager, som skal tælle med som skadesager hun har haft.

Jeg opl at en telefonisk henvendelse om en konkret skade, hvor hun med sin henvendelse spørger til erstatning, det er en skadeanmeldelse.

Det gælder også når vi afviser dækning, eller hvis erstatningen er under selvrisko.

Det er ft uenig i, da han blot mener, at det skulle være en forespørgsel.

En forespørgsel er ikke om en konkret hændelse, hvor hun reelt ønsker erstatning, og det har jeg forklaret hende.

Ovenstående nye oplysninger understøtter, hvad andet selskab allerede havde oplyst os den 29.10.2021, nemlig at klager havde mere end tre skadesanmeldelser på en enkelt forsikring inden for de sidste tre år, da hun accepterede vores forsikringstilbud. Der var ikke blot tale om generelle overordnede forespørgsler, men derimod egentlige skadesanmeldelser hvor der blev taget konkret stilling til dækning. Således afgav klager altså objektivt urigtige oplysninger ved indtegningen.

På grundlag af disse nye oplysninger antager vi, at nævnet ville være kommet frem til en anden afgørelse, idet klager ikke kan siges at være i god tro om rigtigheden af de afgivne ved indtegningen hos os. Der er ikke tale om en situation omfattet af FAL § 5.

Det må tilregnes klager som uagtsomt, at hun afgav urigtige oplysninger ved indtegningen, hvorfor vi er berettiget til at annullere hendes ikke-lovpligtige forsikringer i medfør af FAL § 6, stk. 1. Vi skal på dette grundlag anmode nævnet om at genoptage sagsbehandlingen i lyset af de nytilkomne oplysninger."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sag 97763. Af samtykkeerklæringen af 18/1 2019 for forsikringstilbuddet for hus-, hjem- og bilforsikring fremgår det bl.a.:

"Samtykke

Med din accept giver du samtykke til, at vi må indhente alle relevante kundeoplysninger – dog ikke helbredsoplysninger eller oplysninger om rent private forhold – hos tidligere forsikringsselskab(er) om dine og din husstands forsikringsforhold i forbindelse med indtegnings og skader, samt at vi må opsig dine/jeres forsikringer i tidligere forsikringsselskab(er).

Der gives samtykke til at indhente oplysninger om følgende:

- årsag til opsigelse i tidligere forsikringsselskab
- opsigelsesdato (ophørsdato i nuværende/tidligere forsikringsselskab)
- skadesforløb (antal skader, skadernes størrelse, art og skadedato)
- antal skadefri år (bonustrin)
- skærpede vilkår

Der gives desuden samtykke til at indhente oplysninger i det Digitale Motor Register (DMR).

Erklæring

Ligeledes erklærer du med din accept, at:

- der er svaret på alle de stillede spørgsmål
- fravalg af dækninger i tilbuddet er som ønsket
- de i tilbuddet nævnte forudsætninger er opfyldt
- du eller andre medlemmer af husstanden ikke er registreret i Experian A/S (RKI) eller andet debitorregister
- du eller andre medlemmer i husstanden ikke er under konkurs eller konkursbehandling
- du eller andre medlemmer af husstanden er ikke adviseret om eller har fået skærpede vilkår efter en skade, fx forhøjet præmie og/eller påtvunget selvrisko, inden for de sidste 3 år
- 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
- der ikke har været anmeldt mere end 3 skader på en enkelt forsikring inden for de sidste 3 år

Det er naturligvis vigtigt at ovenstående er i overensstemmelse med de faktiske forhold, da det ellers kan få konsekvenser for din erstatning i tilfælde af en skade eller medføre afslag på tegning af forsikring."

Af den digitale accept af 17/2 2020 for tegningen af klagerens rejseforsikring fremgår bl.a.:

"Din valgte dækning Rejse, Afbestilling, Den valgte selvrisko fremgår af policen

...

Samtykke og 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 selvrisko 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."

Ankenævnet for Forsikring

6.

98755

Af e-mail af 8/12 2021 fra klagerens tidligere selskab fremgår bl.a.:

"Som lovet sendes her en oversigt over dine belastende skader fra maj 2019 og 3 år tilbage.
10.12.2017 Hjemforsikring tyveri 3.225 kr. nettoomkostninger for os.
17/11 2017 Hjemforsikring, beskadigelse på rejsegods, 8.000 kr. nettoomkostninger for os.
02.02.2017 Hjemforsikring, Brand og kortslutning, 5.240 kr. for nettoomkostninger for os."

Af e-mail af 29/10 2021 fra klagerens tidligere forsikringsselskab fremgår bl.a.:

"Kunden har haft følgende forsikringer hos os:

...

Kunden har anmeldt følgende skader hos os:

Skadesdato	Skadenr.	Produkt	Skadet...	Skadeå...	Ident	Nettoomk.
30-12-2019	...	Børneulykke STD	Børneulykke	Leg		0 kr.
28-02-2019	...	VER/EUR	Rejse privat	For sent til trans- portmiddel		238 kr.
10-12-2017	...	Hjem	Tyveri	Tyveri fra bu- tik/offentlige ste- der		3225 kr.
17-11-2017	...	Hjem	Rejsegods	Beskadigelse		8000 kr.
02-02-2017	...	Hjem	Brand og kortslutning	Kortslutning		5240 kr.
30-01-2017	...	Hjem	Tyveri	Glemt/tabt/forlagt		0 kr.
12-11-2016	...	Hjem	Pixel, funk- tionsfejl eller anden skadet elek- tronik	Pludselig skade		0 kr.

Skærpede vilkår *nej*

Sanering *nej*

Restancer *nej*"

Nævnet har fået forelagt selskabets interne tegningsregler.

Nævnet udtaler:

Klageren tegnede hus-, hjem- og bilforsikring og angav den 18/1 2019, at der i husstanden ikke havde været anmeldt mere end 3 skader på en enkelt forsikring inden for de sidste 3 år. Den 17/2 2020 angav klageren tilsvarende, da hun tegnede rejseforsikring. Klageren anmeldte den 11/10 2021 et tyveri på rejseforsikringen.

Selskabet opsagde den 23/11 2021 de ikke-lovpligtige forsikringer med tilbagevirkende kraft og afviste at yde dækning for et anmeldt tyveri. Selskabet henviste til, at klageren havde afgivet

Ankenævnet for Forsikring

7.

98755

urigtige oplysninger ved tegningen, idet hun ikke havde oplyst, at hun i perioden 12/11 2016 til 10/12 2017 havde anmeldt 5 skader på sin tidligere hjem/indboforsikring.

Klageren kræver, at selskabet anerkender, at der reelt kun var 3 skader og genoptager anmeldelsen af tyveriet samt fjerner hende fra 'den sorte liste'.

Det fremgår af oplysningerne fra klagerens tidligere forsikringsselskab, at der var registreret 5 skader på klagerens hjem/indboforsikring, og at der var udbetalt erstatning til klageren ved 3 af skaderne. Klageren har anført, at to af de registrerede skader var generelle telefoniske henvendelser, der ikke drejede sig om en konkret anmeldelse.

Sagen er tidligere blevet behandlet under sagsnummer 97763, hvor nævnets flertal fandt, at selskabet ikke havde godtgjort, at klageren i forbindelse med tegningen af forsikringerne i 2019 objektivt afgav urigtige oplysninger om antallet af anmeldte skader. Flertallet fandt, at klageren på tidspunktet for tegningen var i god tro om oplysningens rigtighed. Selskabet hæftede derfor i medfør af forsikringsaftalelovens § 5.

Sagen er genoptaget på selskabets foranledning. Selskabet har i den forbindelse bedt klagerens tidligere forsikringsselskab om at uddybe de to henvendelser/skader af 12/11 2016 og af 30/1 2017, som ikke medførte udbetaling. Selskabet har fremlagt det tidligere forsikringsselskabs interne telefonnotater og har anført, at der ikke var tale om generelle overordnede forespørgsler, men derimod egentlige skadesanmeldelser, hvor der blev taget konkret stilling til dækning.

Af telefonnotat af 15/11 2016 vedrørende skaden af 12/11 2016 fremgår det, at "Fru ft ringer og forklarer at hendes [barn] i weekenden taber sin iPhone 5 på deres badeværelsesgulv. Fru ft forklarer at skærmen går i stykker og telefonen ikke kan tænde. Jeg afviser grundet manglende dækning".

Ankenævnet for Forsikring

8.

98755

Af telefonnotat af 3/2 2017 vedrørende skaden af 30/1 2017 fremgår det, at "fortæller at hendes [barn] er kommet hjem fra skiferie og at han har mistet sin jakke samt handsker. Han ved ikke hvor de er henne. Hun fortæller, at han er styrtet på ski og at han har fået hjernerystelse, og at hans ting er forsvundet i den forbindelse. Jeg oplyser, at vi ikke dækker glemte/tabte/forlagte genstande, og så ændrer hun forklaringen til at de er stjålet imens at han blev hjulpet. Jeg fastholder afvisning og hun vil have diverse paragraffer og bilag tilsendt. Jeg sender et sæt vilkår hvor jeg understreger, at det skal sandsynliggøres at der er tale om tyveri".

Af det tidligere forsikringsselskabs e-mail af 3/2 2017 til klageren fremgår det, at "jeg har vedhæftet vilkårene som aftalt. Som du kan se på side 8 punkt 10 B skal man kunne sandsynliggøre, at der er tale om tyveri. Jævnfør din forklaring er sandsynligheden for, at genstandene er mistet i forvirringen større end at der er tale om tyveri".

Af telefonnotat af 25/3 2022 fremgår det, at "hun stiller spørgsmålstegn ved, at denne sag og en anden skadesag, hvor der ikke er udbetalt erstatning, er skadesager, som skal tælle med som skadesager hun har haft. Jeg opl at en telefonisk henvendelse om en konkret skade, hvor hun med sin henvendelse spørger til erstatning, det er en skadeanmeldelse. Det gælder også når vi afviser dækning, eller hvis erstatningen er under selvrisiko. Det er ft uenig i, da hun blot mener, at det skulle være en forespørgsel. En forespørgsel er ikke om en konkret hændelse, hvor hun reelt ønsker erstatning, og det har jeg forklaret hende".

Af § 25, stk. 2 – der er videreført fra § 27 i bekendtgørelse nr. 330 af 7/4 2016 om god skik for finansielle virksomheder – i bekendtgørelse nr. 455 af 30/4 2018 om god skik for forsikringsdistributører fremgår det, at "anmeldes en skade på anden måde, har anmelderen efter anmodning krav på afslag i papirformat eller på andet varigt medium. Kunden skal informeres om denne adgang".

Det følger af vejledning nr. 9971 af 23/9 2016 til § 27 i bekendtgørelse nr. 330 af 7/4 2016 om god skik for finansielle virksomheder, at "det er meget almindeligt, at kunderne ringer til deres

Ankenævnet for Forsikring

9.

98755

forsikringsselskab i tilfælde, når de er i tvivl om dækningen på deres forsikring. Det er således ikke enhver telefonisk forespørgsel om dækningsomfang, der har karakter af en anmeldelse. I et meget stort antal sager – ikke mindst forholdsvis mindre skader på skadesforsikringsområdet – afsluttes skadebehandlingen telefonisk. Enten ved at der udbetales en erstatning, eller ved at dækningen afvises. Hvor dette ikke sker i fuld enighed med kunden, skal kunden have mulighed for at få afslaget meddelt i papirformat eller på andet varigt medium med henblik på at kunne overveje sine klagemuligheder".

Efter en samlet vurdering finder nævnet, at selskabet ikke har bevist, at klageren i forbindelse med tegningen af forsikringerne i 2019 uagtsomt afgav urigtige oplysninger.

Selskabet har derfor ikke været berettiget til at opsige de ikke-lovpligtige forsikringer fra tegningstidspunktet. Selskabet skal genoptage sagsbehandlingen af den anmeldte tyveriskade. Selskabet må ved fremtidige forespørgsler fra andre forsikringsselskaber ikke oplyse, at klageren er blevet opsagt af selskabet på baggrund af afgivelse af urigtige oplysninger ved indtegningen.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at der på baggrund af det tidligere forsikringsselskabs telefonnotater og mail af 3/2 2017 ikke er fornødent grundlag for at statuere, at klageren burde have indset, at det tidligere forsikringsselskab har betragtet henvendelserne som egentlige skadesanmeldelser og har foretaget en egentlig skadesbehandling, som ville tælle med i hendes skadeshistorik hos det tidligere forsikringsselskab.

Nævnet har i den forbindelse lagt vægt på, at der er tale om ganske enkle forespørgsler, som mere har karakter af vejledning om dækningsomfanget på klagerens forsikringer. Nævnet bemærker, at det tidligere forsikringsselskab i telefonnotaterne har noteret, at selskabet ved den første henvendelse "afviser grundet manglende dækning" og ved den anden henvendelse, at "selskabet ikke dækker glemte/tabte/forlagte genstande". Efter nævnets opfattelse må en for-

Ankenævnet for Forsikring

10.

98755

bruger med rimelighed kunne foretage sådanne telefoniske forespørgsler, uden at forbrugeren skal huske at medregne disse som egentlige skadesanmeldelser.

Nævnet har også lagt vægt på, at det fremgår af vejledning nr. 9971 af 23/9 2016, at "det er således ikke enhver telefonisk forespørgsel om dækningsomfang, der har karakter af en anmeldelse".

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

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, Gjensidige Forsikring, skal anerkende, at selskabet har været uberettiget til at opsig klagerens forsikringer. Selskabet skal genoptage sagsbehandlingen af det tyveri, som klageren anmeldte den 11/10 2021, og selskabet skal opføre og udbetale evt. erstatning i overensstemmelse med aftalegrundlaget med tillæg af renter efter forsikringsaftalelovens § 24. Selskabet må ved fremtidige forespørgsler fra andre forsikringsselskaber ikke oplyse, at klageren er blevet opsagt af selskabet på baggrund af afgivelse af urigtige oplysninger ved indtegningen.

Kendelsen træder i stedet for nævnets afgørelse i sag 97763.



Peter Thønnings