

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 26. april 2023 blev i sag nr. 99011:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Aros Forsikring
Viby Ringvej 4
8260 Viby J

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har bl.a. haft indbo- og campingvognforsikring. I klageskema af 23/11 2022 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Imens jeg er udenlands er jeg udsat for et tyveri på min ejendom hvor min, blandt andet, have-traktor bliver stjålet og min campingvogn påkørt (senere erklæret totalskadet).

Dette melder jeg til Aros og politi efter alle forskrifter.

Den 18/9 kører jeg campingvognen til ... på foranledning af Aros.

Derefter hører jeg intet, på trods af 3 opringninger i mellemtiden for at høre hvordan det står til med sagen samt om de har alle de oplysninger der er nødvendige, indtil d. 30/9 hvor sagen bliver afvist og alle mine forsikringer ophæves med tilbagevirkende kraft med den begrundelse at jeg på indtegnings tidspunktet har handlet svigagtigt og givet urigtige oplysninger, hvilket ikke på nogen måde er i henhold til virkeligheden.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Jeg vil opnå at Aros betaler erstatning for tyveriet af min havetraktor og skaden på min campingvogn."

Selskabet har i brev af 2/1 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Vi modtog d. 21. september 2022 en anmeldelse fra klager om, at klagers havetraktor mv. var blevet stjålet, og at klager havde fået skade på sin campingvogn.

Klager var på dette tidspunkt en meget ny kunde i selskabet. Klager var således kun lige blevet tegnet ind kort før sommerferien.

Som følge af anmeldelserne rekvirerede vi skadeshistorik fra klagers tidligere forsikringsselskab, [andet forsikringsselskab]. Det fremgår af den indhentede skadeshistorik fra [andet forsikringsselskab], at klager havde haft følgende skader hos dem:

...

Har du haft skader, herunder tyveri eller uheld, på dine forsikringer inden for de sidste 5 år? Ja

Beskrivelse af skade, tyveri eller uheld samt et cirka erstatningsbeløb og notat af måned/år.

Vi havde indbrud i februar 2018, hvor her blev stjålet en ipad og en bil.

Ovenstående viser således, at klager har afgivet urigtige oplysninger til os i forbindelse med indtegningen af sine forsikringer, da klager har undladt at oplyse om en lang række skader.

Klager oplyser således ikke i begæringen om de 14 skader, som [andet forsikringsselskab] har registreret på klager.

Vi skal i den forbindelse henlede opmærksomheden på, at da klager underskrev begæringen, erklærede klager samtidig, at samtlige spørgsmål i begæringen blev besvaret i overensstemmelse med sandheden, ligesom klager blev gjort bekendt med, at eventuelle urigtige oplysninger ville kunne medføre afslag eller nedslag i erstatningen i henhold til forsikringsaftaleloves regler herom.

Det følger af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, at selskabet er fri for ansvar som følge af en skade, hvis der er afgivet urigtige oplysninger ved indtegningen, og hvis selskabet kan godtgøre, at det ikke ville have foretaget indtegningen, hvis det havde været bekendt med de rette forhold.

Jeg kan herefter bemærke, at vi i selskabets acceptregler har følgende klausul, hvorefter en forsikring ikke kan indtegning:

5 Forsikring kan ikke tegnes for

Personer, eller har haft mere end 5 skader inden for de 5 sidste år.

Hvis vi i forbindelse med indtegningen havde fået oplyst, at klager havde haft 14 skader i [andet forsikringsselskab] på 3 år, ville vi i henhold til vores indtegningsregler ikke have tegnet klagers forsikringer ind hos os. De urigtige oplysninger om tidligere skader må efter vores opfattelse anses for afgivet på uagtsom vis, da der er tale om et stort antal skader, og da skaderne er indtruffet over et kort tidsrum på 3 år – og altså ikke engang på 5 år.

Klager gør så nu gældende, at der ikke har været 14 skader inden for 3 år, men selv hvis klagers advokats opgørelse om 6 skader er korrekt, er det flere end 5 skader, og selskabets acceptregler medfører således, at klager ikke ville have været indtegnet.

Samtidig skal det bemærkes, at jeg ikke er enig med klagers advokat i dennes opgørelse om 6 skader, men det er dog ikke afgørende, jf. også ovenfor.

Som følge heraf annullerede vi alle klagers ikke-lovpligtige forsikringer med tilbagevirkende kraft til indtegnings tidspunktet, og vi har derfor afvist at udbetale erstatning for de anmeldte skader, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1. De allerede betalte præmier er tilbagebetalt i overensstemmelse hermed. Det skal derfor gøres gældende, at selskabets afgørelse er korrekt.

Klagers advokat synes desuden at gøre gældende, at branchetandard er anderledes, og at det derfor har været uberettiget. Hertil skal blot bemærkes, at Aros Forsikring selv kan fastsætte sine acceptregler på dette punkt, og klagers advokats bemærkninger på dette punkt er derfor ikke relevante for sagens behandling eller udfald."

Klageren har i brev af 8/1 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Til en start er selskabets redegørelse for hvornår de modtog mine anmeldelser af skaderne ukorrekte. Anmeldelse om skade på campingvogn fik selskabet d. 7. september og anmeldelse af at min havetraktor mv. var blevet stjålet modtog selskabet d. 9. september, der vedlægger skriftlig dokumentation for dette, hvilket har stor betydning for at selskabets afgørelse er ukorrekt og at de har handlet i strid med forsikringsaftalelovens § 8 hvilket bliver beskrevet yderligere nedenfor.

Hvis selskabet rekvirerede skadeshistorik fra tidligere forsikringsselskab som følge af anmeldelserne, må det antages at selskabet har hentet skadeshistorikken umiddelbart efter anmeldelserne, altså en af de først kommende hverdage herefter, set i lyset af den alvor som selskabet tillægger sagen. Ifølge aftalelovens § 8 skal selskabet meddele mig påberåbelsen af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1 uden unødigt ophold. Denne meddelelse falder mig først i hænde d. 30. september, altså 3 uger efter min første anmeldelse, efter at jeg på egen foranledning ringer til selskabet for at høre om nyt i sagen. Dette må siges at være unødigt ophold. Selv hvis vi tager udgangspunkt i selskabets fejlagtige dato for modtagelse af min anmeldelse, altså d. 21. september er meddelelsen om påberåbelsen mig først i hænde 9 dage efter. Hvilket må siges at være unødigt ophold.

Ydermere bliver jeg, på selskabets foranledning, bedt om at køre min skadede campingvogn til ... med henblik på at den skal takseres. Dette gøres den 18. september. Først og fremmest fremhæver dette urigtigheden i at min anmeldelse først blev indgivet d. 21. september. Dernæst bidrager dette til at selskabet har undladt at meddele mig påberåbelsen af § 6, stk. 1 uden unødigt ophold. Havde selskabet undladt unødigt ophold havde det ikke bedt mig køre min campingvogn til taksering 11 dage efter anmeldelse. Det skal bemærkes hertil at selskabets behandling af denne sag, ifølge deres egne beskrivelser, har været fejlagtig og mangelfuld fra start af, hvilket er relevant for afgørelsen i denne sag der også er fejlagtig.

Til selskabet anklage om at jeg har handlet svigagtigt og givet urigtige oplysninger jf. § 6, stk. 1 gør det sig gældende at forholdet er omfattet af forsikringsaftalelovens § 5, stk. 1 og at selskabets afgørelse om at afvise at betale erstatning er ukorrekt med følgende begrundelse:

Jeg ved ikke og bør ikke vide at forhold hvor uheld er meldt til forsikringen, men hvor modparten holdes ansvarlig og det derfor er en ikke-belastende skade hvor tidligere selskab ikke har udbetalt erstatning, skal medtages netop fordi det ikke har været belastende for tidligere selskab. Her henvises til skadeshistorik, som er vedlagt sagen, [skadenr. 1] og [skadenr. 8]. Derfor gør § 5, stk. 1 sig gældende her.

Jeg ved ikke og bør ikke vide at, henviser til skadeshistorik [skadenr. 2], en sag der er blevet oprettet 2 gange og derfor annulleret betegnes som en skade, et tyveri, eller et uheld hos selskabet. Derfor gør § 5, stk. 1 sig gældende her. Ligeså er det uprofessionelt af selskabet overhovedet at påstå at der her er tale om en skade, et tyveri eller et uheld.

Jeg ved ikke og bør ikke vide at et tyveri der er gjort i forbindelse med et indbrud betegnes som 2 forskellige skader med hver deres nummer. Her henvises til [skadenr. 3] og [skadenr. 4]. På indtegnings tidspunktet var jeg vidende om at det var sket på et og samme tidspunkt og i forbindelse med hinanden, og derfor ikke vidende om at det var 2 separate skader og derfor indskrev jeg dem som 1 skade, uden svigagtighed. Derfor gør § 5, stk. 1 sig også gældende her.

Jeg ved ikke og bør ikke vide at en telefonopringning og en snak, til og med tidligere selskab, omkring skader, der hhv. var opstået før forsikringen var aktiv og at reparationsprisen er under selvriskoen og der derfor ikke bliver udbetalt erstatning på nogen af dem, henviser til [skadenr. 6] og [skadenr. 9], skal indskrives som en skade, et tyveri eller et uheld. Der er ikke udbetalt erstatning og de er dermed ikke-belastende. Derfor gør § 5, stk. 1 sig gældende her.

Jeg ved ikke og bør ikke vide at en hundeSYGEforsikring skal indskrives som en skade, et tyveri eller et uheld da det er på baggrund af en sygdom at der er udbetalt erstatning. Henviser til [skadenr. 5]. Derfor gør § 5, stk. 1 sig gældende her.

Der er herfor ikke tale om 14 skader, som selskabet påstår, hvilket heller ikke er i henhold til skadehistorikken hvor der kun optræder 12 skadenr. – hertil skal bemærkes at sagen igen er behandlet fejlagtigt, men om under 5 skader som er selskabets egen definerede grænse. Selskabets acceptregler medfører således at jeg ville have været indtegnet under alle omstændigheder.

I selskabets advokats svar til vores advokat, ..., skriver han følgende: 'Det er alle sager, som vi beder om oplysninger om.' Dette er ukorrekt. Det er netop ikke alle sager som selskabet beder om oplysninger på, de beder om oplysninger omhandlende skader, tyveri eller uheld. Hvis selskabet ville bede om oplysninger omkring alle sager kunne formuleringen for eksempel have været: 'Hvilke forhold og sager har du haft på dine forsikringer indenfor de sidste 5 år? Inkluder ALLE sager, hvor du har haft kontakt med dit selskab.' Endnu en grund til at § 5, stk. 1 gør sig gældende.

At selskabets advokat ikke er enig med modparts advokat omkring antallet af skader er dog ikke afgørende da det viser sig at hans dømmekraft igennem hele denne sag har været svækket og fejlagtig jf. ovenstående.

Ydermere gør forsikringsaftalelovens § 9 sig gældende da selskabet har undersøgelsespligten og derfor burde have foretaget indhentningen af skadehistorikken ved indtegnings tidspunktet og derved være vidende om de, efter deres udsagn, rette forhold. Jf. ovenstående og selskabets egne acceptregler viser de, ud fra selskabets fejlagtige afgørelse; urigtige oplysninger sig at være uden betydning. Det skal derfor gøres gældende at selskabets afgørelse er ukorrekt.

Til denne sag skal tilføjes, til alle ovenstående fejl fra selskabets side, at selskabet ydermere ikke magter den dialog som er forsøgt skabt i sagen. Fra skaderne blev anmeldt til jeg blev vidende om påberåbelsen af § 6, stk. 1 ringede jeg intet mindre end 3 gange til selskabet for at indhente oplysninger om sagens gang og om der var noget de manglede til sagens videre behandling. Fredag D. 30. september kl. 15:30 er jeg for sidste gang i telefonisk kontakt med selskabet hvor beskeden jeg får er, at jeg må være blevet glemt og at jeg om et øjeblik vil modtage en mail. Denne mail modtager jeg kl. 16:10 og den indeholder informationen om at alle mine ikke-lovpligtige forsikringer var annullerede og at selskabet afviste at udbetale erstatning. Hvorfor det ikke bliver mig fortalt telefonisk, undrer mig og det frustrerer mig at beskeden skal modtages på et tidspunkt hvor jeg på ingen måde har mulighed for at genoprette de annullerede forsikringer, hverken hos sel-

skabet eller andre skalskaber før efter weekenden. Dette stiller mig som forsikringstager i en meget usikker og unødigt situation, især på baggrund af at selskabets afgørelse er ukorrekt. Hertil skal det bemærkes at sagen på alle planer er blevet behandlet uprofessionelt og ukorrekt.

Min advokat gør sig gældende at branchestandarden er anderledes fordi at branchestandarden til enhver tid er toneangivende for selskabernes ageren imellem. Forløbet af behandlingen af denne sag ligger så tilpas langt udenfor branchestandarden at den må siges at være et eksempel der netop er toneangivende på en uberettiget sag og på hvordan man absolut ikke behandler en sag hvis man vil fremstå professionel indenfor branchen. At selskabet påberåber sig retten til selv at kunne fastsætte sine acceptregler på punktet gør ikke disse mere rigtige, det fremhæver blot fejlene i dem og derved er min advokats bemærkning yderst relevant for sagens behandling og udfald."

Selskabet har i brev af 11/1 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet har så hurtigt som muligt fremsendt afgørelse i denne sag til klager, og alle klagers bemærkninger om begrebet 'uden unødigt ophold' har absolut ingen relevans for denne sags behandling. Det fremgår af mail fra [andet forsikringsselskab], at skadehistorik er fremsendt til os den 27. september 2022.

Indtil vi ved, at der er givet urigtige oplysninger, behandler vi selvfølgelig de anmeldte sager på behørig vis, herunder henviser til værksteder, indhenter oplysninger, beder om opgørelser mv.

Jeg kan desuden også afvise klagers bemærkninger omkring antal skader. Klager har notorisk haft flere skader end vi ville have indtegnet, jf. den fremlagte skadehistorik, og klager er bedt om at oplyse om alle disse skader ved indtegnning – og det har klager notorisk ikke gjort, og der er altså afgivet urigtige oplysninger.

Jeg kan fortsat ikke følge klagers opgørelse af antal skader. Det er langt fra rigtigt henset til de oplysninger, som [andet forsikringsselskab] har noteret og som er fremlagt i sagen.

Det må afvises, at selskabet har begået nogen fejl i sagsbehandlingen – tværtimod."

Klageren har i brev af 16/1 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Alle bemærkninger omhandlende § 8 er yderst relevante for denne sag. Efter selskabets advokats eget, skriftlige udsagn er skadehistorik indhentet umiddelbart efter anmeldelse af skaderne fordi jeg var ny kunde. Hvad enten at hændelsesforløbet bliver forsøgt afpasset så det passer ind i selskabets egen forestillingen om at der ingen fejl har været i sagsbehandlingen eller der hersker problemer med at holde styr på hvornår anmeldelserne indløb, er det endnu et tegn på at sagsbehandlingen er mangelfuld og fejlagtig.

Bemærkningen omkring antal skader kan ikke afvises af selskabet da bemærkningen og gennemgangen er underbygget af selskabets egne acceptregler hvilket gør forholdet omfattet af § 9, der gør, selv hvis der svigagtigt var givet urigtige oplysninger i denne sag, at selskabet ikke kan gøre gældende at der foreligger urigtig oplysning.

I forhold til, om jeg er blevet bedt om at oplyse omkring alle disse skader henviser jeg endnu en gang til urigtigheden i dette. I indtegnelsesøjeblikket bliver der bedt om afgivelse af oplysninger omkring tyveri eller uheld – altså ikke alle disse skader. Eftersom at jeg ikke er i en position hvor jeg skal gøre mig begreb omkring hvad det uskrevene betyder, er forholdet omfattet af § 5, stk. 1. Ydermere bliver der spurgt ind til hvad der har været af skader på min 'indbo, hus, bil, campingvogn og ulykke' i den mail hvorpå der bliver forespurgt til min skadeshistorik, hvilket ikke stemmer overens med den måde der bliver spurgt til afgivelse af skadeshistorik i indtegningsøjeblikket.

Opgørelsen over skaderne er indhentet hos [andet forsikringsselskab] d. 30/9-2022 umiddelbart efter beskeden om at mine forsikringer var ophørt med tilbagevirkende kraft i henhold til § 6, stk. 1. Finder selskabet ikke disse oplysninger rigtige er det en sag mellem dette og [andet forsikringsselskab]. Eftersom at selskabet ikke har en mere udførlig liste af nyere dato er denne liste den afgørende og derfor har det ingen betydning at selskabets advokat ikke kan følge opgørelsen af antal skader. Dokumentation for indhentelse af opgørelse over skader hos [andet forsikringsselskab] er vedhæftet.

Det kan ikke afvises at selskabet har begået fejl i denne sag. Tværtimod træder det nu endnu tydeligere frem med selskabets supplerende bemærkning til sagen samt det manglende overblik i sagsbehandlingen. Sagsbehandlingen er fejlagtig og forholdet er stadig omfattet af § 9 og § 5, stk. 1 hvilket gør at selskabet ikke kan gøre gældende at der er givet urigtige oplysninger."

Selskabet har i brev af 24/1 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Selv i klagers egen opgørelse er der således 6 skader, som klager altså kan anerkende – og der følger det direkte af selskabets indtegningsregel, at selskabet så ville have afvist indtegnning.

Det skal dog bemærkes, at selskabet ved indtegnning ikke kun spørger ind til 'belastende' skader, som klager formulerer begrebet. Selskabet spørger på følgende vis:

Har du haft skader, herunder tyveri eller uheld, på dine forsikringer inden for de sidste 5 år? Ja

Beskrivelse af skade, tyveri eller uheld samt et cirka erstatningsbeløb og notat af måned/år.

Vi havde indbrud i februar 2018, hvor her blev stjålet en ipad og en bil.

Selskabet spørger således, om klager har haft skader – herunder tyveri og uheld – på sine forsikringer. Der spørges ikke kun til skader, der har været udbetalinger på.

Skader, der fx er afvist grundet alder på elektronikgenstanden, eller fx hvor en modpart er ansvarlig, er fortsat skader eller uheld, som skal nævnes på begæringen i forhold til den formulering af teksten, som selskabet har angivet. Det har klager ikke gjort.

Og klager har i den forbindelse notorisk afgivet urigtige oplysninger, jf. de tidligere bemærkninger herom.

Der er ingen pligt for selskabet til at få bekræftet oplysningerne ved indtegnning. Det er en pligt, der alene påhviler klager – ikke selskabet.

Ankenævnet for Forsikring

7.

99011

I forhold til antallet af skader skal jeg dog i det hele fortsat henvise til afgørelsen i sagen – og opgørelsen i denne afgørelse – og denne afgørelse er tidligere fremsendt til klager og også er fremlagt for nævnet.

Det må igen afvises, at selskabet har begået nogen fejl i sagsbehandlingen – tværtimod."

Klageren har i brev af 2/2 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Som bemærkning og rettelse til Aros advokats afsluttende bemærkning i sagen, er der ifølge [andet forsikringsselskabs] opgørelse, advokat ... opgørelse og i henhold til Aros egen formulering af spørgsmålet, ved indtegning, til brug af forsikringer indenfor de sidste 5 år, tale om 3 skader – og her ville jeg ifølge selskabets indtegningsregler have været indtegnet under alle omstændigheder.

Det er udmærket bekendt at der ikke spørges til 'belastende' skader, men kun tyveri eller uheld hvilket understreger at sagsbehandlingen er fejlagtig – at mine forsikringer er blevet opsagt med tilbagevirkende kraft, ubegrundet. At en forespørgsel hos tidligere selskab om hvorvidt forsikringen dækker eller ej, fordi der er tvivl herom, skal medskrives er mig ikke oplyst på baggrund af spørgsmålet stillet ved indtegning. Jeg ved ikke og bør ikke vide at en forespørgsel og rådgivning hos forsikringsselskabet skrives som et sagsnummer og skal opgives som en såkaldt 'skade' op til 5 år efter – er dette tilfældet, er man som forbruger dårligt stillet i forhold til at bede om rådgivning hos sit selskab omkring sin forsikring. Om ikke andet skal det ved indtegningen være beskrevet som 'alt kontakt med dit forsikringsselskab' der skal bedes om oplysninger omkring – det er ikke tyveri eller uheld at jeg ringer ind og spørger om hvorvidt jeg er dækket eller ej.

Det afvises at jeg svigagtigt har afgivet urigtige oplysninger ved indtegningen. Det pålægger selskabet at påvise at oplysninger er afgivet svigagtigt – hvilket ikke er tilfældet.

Det skal nævnes at jeg før indtegnelse i selskabet var meget tilfreds kunde i [andet forsikringsselskab]. Grunden til at mine forsikringer blev rykket var på baggrund af en forespørgsel på en enkelt forsikring. I den forbindelse afgav selskabet et tilbud på alle mine forsikringer hvilket jeg accepterede. Dette skal understrege at jeg på ingen måde havde grund til svigagtigt at afgive urigtige oplysninger da jeg ingen problemer havde med at være/blive forsikret andetsteds.

Ovenstående er uddybet jf. besvarelsen sendt d. 08/12-2022.

Ydermere skal det påpeges at selskabet manglende overblik over sagen bidrager til faktummet at sagsbehandlingen hele vejen igennem har været mangelfuld og fejlagtig.

Herunder forkerte datoer for hvornår mine anmeldelser indløb. Direkte, intern uenighed omkring hvordan der spørges til tidligere skader ved indtegning på baggrund af om det er kunde eller andet forsikringsselskab der forespørges hos, jf. Aros mail ang. forespørgsel på skadeshistorik til [andet forsikringsselskab] d. 26/09-2022. Unødigt ophold i sagen på trods af utallige forespørgsler fra mig. Yderst belastende kundeservice jf. beskrivelse i besvarelsen fra d. 08/12-2022 og senest den fejlagtige aflæsning af skadesopgørelsen.

Det må igen understreges at selskabet hele vejen igennem har begået fejl i sagsbehandlingen og har afgjort sagen på urigtig og uberettiget vis."

Selskabet har i brev af 1/3 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Dette afsnit er notorisk ikke korrekt. Klager har ikke kun haft 3 skader indenfor de seneste 5 år. Det har klagers advokat endda heller ikke gjort gældende, men advokaten har gjort gældende, at der var tale om 6 skader på 5 år. Derfor er klagers bemærkninger i denne forbindelse simpelthen ikke korrekte og kan ikke lægges til grund ved sagens afgørelse.

...

Jeg forstår stadig ikke, hvad selskabets 'fejlagtige' sagsbehandling består i. Det må dog afvises, at selskabet har handlet fejlagtigt i forbindelse med behandlingen af denne sag. Selskabet har ikke et begreb, der hedder belastende skader eller ikke belastende skader. Selskabet spørger, om der har været skader eller ulykker, og det er det forhold, som klager skal svare på. Om den skade eller ulykke har givet en udbetaling til klager er ikke afgørende. Det er således ikke et kriterie, som selskabet har opsat. Om der således har været en udbetaling, er ikke afgørende for, om skaden eller ulykken skal indgå i opgørelsen eller skal oplyses loyalt af klager.

Begrebet 'belastende skader' er et begreb, som klager nu selv finder på i forholdet.

Det er dog bare slet ikke det, som er afgørende i denne sag – det afgørende er, at klager loyalt skal give oplysninger ved indtegning, og det har klager ikke gjort.

...

Efter selskabets opfattelse er der ikke et eneste forhold i ovennævnte beskrivelse, der er korrekt. Der har hverken været tale om manglende overblik, fejlagtig sagsbehandling, intern uenighed, arbejde med forkerte datoer mv. Der er simpelthen ikke nogen af de anførte forhold eller bemærkninger, der korrekte – eller i øvrigt på nogen måde har betydning for sagen.

Det afgørende i denne sag er:

Klager oplyser således ikke i begæringen om de 14 skader, som [andet forsikringsselskab] har registreret på klager. Vi skal i den forbindelse henlede opmærksomheden på, at da klager underskrev begæringen, erklærede klager samtidig, at samtlige spørgsmål i begæringen blev besvaret i overensstemmelse med sandheden, ligesom klager blev gjort bekendt med, at eventuelle urigtige oplysninger ville kunne medføre afslag eller nedslag i erstatningen i henhold til forsikringsaftaleloves regler herom.

Det følger af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, at selskabet er fri for ansvar som følge af en skade, hvis der er afgivet urigtige oplysninger ved indtegningen, og hvis selskabet kan godtgøre, at det ikke ville have foretaget indtegningen, hvis det havde været bekendt med de rette forhold.

Jeg kan herefter bemærke, at vi i selskabets acceptregler har følgende klausul, hvorefter en forsikring ikke kan indtegning:

5 Forsikring kan ikke tegnes for Personer, eller har haft mere end 5 skader inden for de 5 sidste år.

Hvis vi i forbindelse med indtegningen havde fået oplyst, at klager havde haft 14 skader i [andet forsikringsselskab] på 3 år, ville vi i henhold til vores indtegningsregler ikke have tegnet klagers forsikringer ind hos os.

De urigtige oplysninger om tidligere skader må efter vores opfattelse anses for afgivet på uagtsom vis, da der er tale om et stort antal skader, og da skaderne er indtruffet over et kort tidsrum på 3 år – og altså ikke engang på 5 år.

Klager gør så nu gældende, at der ikke har været 14 skader inden for 3 år, men selv hvis klagers advokats opgørelse om 6 skader inden for 3 år er korrekt, er det flere end 5 skader, og selskabets acceptregler medfører således, at klager ikke ville have været indtegnet. Samtidig skal det bemærkes, at jeg ikke er enig med klagers advokat i dennes opgørelse om 6 skader, men det er dog ikke afgørende, jf. også ovenfor."

Klageren har i brev af 16/3 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Afsnittet som selskabets advokat her kommenterer på er fuldstændig korrekt. Her henviser jeg til opgørelsen i indlægget fra d. 8/1-2023. Selskabet foregiver at jeg svigagtigt har afgivet urigtige oplysninger hvilket simpelt hen ikke er korrekt og i det omtalte indlæg ligger alle fakta heromkring. Derfor er bemærkningen skelsættende i afgørelsen af denne sag da selskabet selv sagt har fastsat deres indtegningsregler som selskabets advokat gentagne gange har henvist til. Dette faktum som bemærkningen udgør, kan derfor ligges til grund for sagens afgørelse.

...

Hvis selskabets advokat havde læst det afsnit som der bliver kommenteret på her ville kommentaren være fuldstændig unødvendig. Ovenfor bliver der kommenteret på og argumenteret for at der ikke er et begreb der hedder 'belastende skader' hvilket er mig fuldstændig bekendt. Og det er således kommenteret: 'Det er udmærket bekendt at der ikke spørges til belastende skader, '. For at afslutte denne er det et begreb som min advokat ..., som er forsikringsadvokat og velbevandret heri, har 'fundet' på for at tydeliggøre at (eksempelvis – der er flere forhold) et skadesnummer der er blevet slettet fordi det er oprettet to gange ikke skal tælle med i opgørelsen. Som advokaten selv påpeger i ovenstående: '*Selskabet spørger, om der har været skader eller ulykker, og det er det forhold, som klager skal svare på.*' Et skadesnummer der udelukkende er oprettet på baggrund af at et andet er blevet slettet kan ikke betegnes som en skade eller en ulykke. Igen, se alle forhold og begrundelser i Behandling af klage ved Ankenævnet – Bemærkning 0812023.

Jeg har loyalt afgivet oplysninger til selskabet ved indtegnning jf. indlæg fra d. 08012023. Jeg understreger at jeg overhovedet ingen grund havde til at afgive urigtige oplysninger. Jeg var godt forsikret i [andet forsikringsselskab] og havde ingen anden grund til at skifte end at selskabet på baggrund af campingvognsforsikringen gav et bedre tilbud på hele min forsikringspakke. Havde jeg kendt til deres ringe sagsbehandling havde jeg aldrig kontaktet selskabet i første omgang. Jeg understreger igen at jeg absolut ingen grund havde til at skulle snyde mig adgang til deres forsikringer – jeg havde/og har ingen problemer med at blive forsikret andre steder. Når selskabet fastholder denne påstand vil et svar, fra selskabet, på spørgsmålet: **Hvorfor skulle jeg illoyalt give oplysninger for at blive indtegnet hos Aros?** være grundlæggende for sagens afgørelse.

...

Jeg vil på baggrund af ovenstående kommentar oplyste alle forhold hvor der har hersket manglende overblik, fejlagtig sagsbehandling, intern uenighed og forkerte datoer så der ikke er tvivl om hvorvidt dette er korrekt. Når der er tale om fejlagtig sagsbehandling har det betydning for sagen – at selskabet ukorrekt og uden berettigelse har afgjort denne sag og truffet en fejlagtig beslutning i sagens afgørelse. Det har betydning for afgørelsen i Ankenævnet for Forsikring.

- Der bliver hævdet i indlægget ... fra d. 3/1-2023 skrevet af selskabets advokat at de modtager anmeldelsen om tyveriet d. 21/9-2022 hvilket er ukorrekt. Indmeldelserne indløb til selskabet hhv. d. 7/9-2022 og d. 9/9-2022 – dette er manglende overblik og der bliver fra selskabets side af arbejdet med fejlagtige datoer for egen vindings skyld. Tilmed også fejlagtig sagsbehandling fordi at advokaten herefter hævder at have rekvireret skadeshistorik på baggrund af

Ankenævnet for Forsikring

10.

99011

anmeldelserne altså umiddelbart efter anmeldelsesdatoerne hvis hans eget udsagn er korrekt. Selskabet skal efter at have fået kundskab om oplysningernes såkaldte urigtighed, meddele mig i hvilket omfang det vil påberåbe sig nogen af de rettigheder, uden unødigt ophold. Jeg får først denne information d. 30/9-2023, altså 3 uger efter min anmeldelse hvilket må siges at være unødigt ophold. Dette er fejlagtig sagsbehandling og har den betydning for sagen at selskabet derved ikke kan påberåbe sig disse rettigheder efter § 8. Selv hvis selskabet først rekvirerede skadeshistorik efter d. 21/9-2023 er her tale om unødigt ophold jf. § 8 fordi at de havde mine anmeldelser i hænde 3 uger før og burde have rekvireret skadeshistorik allerede her for at undgå unødigt ophold.

- I løbet af behandlingstiden har selskabet intet mindre end to gange, bedt sig om yderligere tid til at svare selvom at svarfristen er på hele 18 dage – dette vidner om manglende overblik.
- Der foreligger intern uenighed om hvordan der spørges ind til skader eller ulykker jf. mail til [andet forsikringsselskab] hvor her rekvireres skadeshistorik – jeg har udelukkende forholdt mig til formuleringen på indtegningsformularen og på baggrund af denne har jeg afgivet de rigtige oplysninger.
- D. 30/9-2023, da jeg på egen foranledning kontakter selskabet fordi jeg på daværende tidspunkt ikke havde hørt noget om sagens igangværende forløb i en uge, får jeg i telefonen af vide at jeg er blevet glemt og at jeg skulle have haft en mail hvorefter her bliver lagt på uden at det bliver mig forelagt hvad der står i mailen. Mailen modtager jeg 10 min. Efter hvor der står at mine forsikringer er opsagt med tilbagevirkende kraft. At blive glemt informeret er notorisk fejlagtig sagsbehandling.

...

Til selskabets bemærkning om hvad der er afgørende i denne sag, vil jeg bemærke at jeg ikke har givet illoyalt urigtige oplysninger og henviser igen til indlægget d. 8/1-2023 hvor der er oplyst hvad der ligger til grund for dette faktum.

Meget afgørende i denne sag er at selskabet ikke kan gøre sig fri for ansvar jf. § 6, stk. 1 fordi at forholdet omfattes af § 5 og det derfor hæfter selskabet som om at urigtig oplysning ikke forelå.

Afgørende i denne sag er at selskabet ikke kan gøre sig fri for ansvar jf. § 8 fordi der foreligger unødigt ophold i påberåbelse af rettigheder og derfor kan de ikke gøres gældende."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af skadehistorik i andet forsikringsselskab indhentet af selskabet fremgår bl.a.:

År	Præmieindtægt	Skadekrav	Antal skadesager	Skadeprocent
2018	29.786,33	119.754,86	8	402,05
2019	30.720,14	8.625,00	3	28,08
2020	30.610,59	17.418,00	3	56,90
2021	33.655,99	0	0	0
2022	16.793,59	0	0	0

Ankenævnet for Forsikring

11.

99011

Af mail af 30/9 2022 fra andet forsikringsselskab til klageren fremgår bl.a.:

"Her er en gennemgang af de skadesager der er oprettet i den tid du har været forsikret hos os.

[Skadenr. 1]: dato: 20.01.2018 – Færdselsuheld hvor modpart er ansvarlig – der er ikke udbetalt erstatning.

[Skadenr. 2]: Denne sag er den samme som [skadenr. 1] og er derfor blevet annulleret.

[Skadenr. 3]: dato: 16.02.2018 – Tyveri af bil etter indbrud. Der er udbetalt erstatning.

[Skadenr. 4]: dato: 16.02.2018 – Indbrud. Der er udbetalt erstatning.

[Skadenr. 5]: dato: 24.10.2018 – Vedrører hundesygeforsikring for ... Der er udbetalt erstatning.

[Skadenr. 6]: dato: 13.12.2018 – Anmeldelse af tandskade. Skadedatoen var den 16.09.2016 hvor forsikringen ikke var aktiv hos os. Skaden er derfor afvist.

[Skadenr. 7]: dato: 15.08.2019 – Rørskade. Der er udbetalt erstatning.

[Skadenr. 8]: dato: 14.10.2019 – Færdselsuheld hvor modpart er ansvarlig. Ikke belastende skade.

[Skadenr. 9]: dato: 09.12.2019 – Tabt iPhone. Telefonen var over 4 år. Derfor er der ikke dækning for skaden. Skaden er afvist.

[Skadenr. 10]: dato: 26.02.2020 – Reparation af stenslag. Dækket på friskadedækning.

[Skadenr. 11]: dato: 27.06.2020 – Skade på ... telefon. Reparationsprisen er under selvrisiko, der er derfor ikke udbetalt erstatning.

[Skadenr. 12]: dato: 01.11.2020 – Brud på vandstik. Der er udbetalt erstatning.

De sager der er markeret med fed er de sager hvor vi har haft en udgift."

Nævnet udtaler:

Klageren har blandt andet indbo- og campingvognforsikring. Ved købet af forsikringerne udfyldte klageren en begæring, hvori han oplyste, at han havde haft forsikringsskader inden for de sidste 5 år. Under "Beskrivelse af skade, tyveri eller uheld samt et cirka erstatningsbeløb og notat af måned/år" oplyste han, at "Vi havde indbrud februar 2018, hvor her blev stjålet en iPad og en bil". Klageren anmeldte i september 2022, at campingvognen var skadet, og at have-traktoren var stjålet.

Selskabet opsagde den 30/9 2022 klagerens ikke-lovpligtige forsikringer med tilbagevirkende kraft og afviste af dække de anmeldte skader. Selskabet henviste til, at klageren havde afgivet urigtige oplysninger ved tegningen, idet han ikke havde oplyst, at han havde haft 14 skader i tidligere forsikringsselskab, og at selskabet i henhold til sine indtegningsregler ikke ville have indtegnet klageren.

Klageren kræver, at selskabet dækker de anmeldte forhold. Han har afvist, at han svigagtigt har afgivet urigtige oplysninger. Han har anført, at selskabets sagsbehandling har været mangelfuld og fejlagtig. Han har anført, at forholdet er omfattet af forsikringsaftalelovens § 5, stk. 1, at han har haft 3 skader indenfor de sidste 5 år, og at han ifølge selskabets indtegningsregler ville have været indtegnet. Selskabet har handlet i strid med forsikringsaftalelovens § 8 ved først at påberåbe sig § 6, stk. 1, 3 uger efter klagerens første anmeldelse. Selskabet bad desuden klageren om at køre campingvognen på værksted med henblik på taksering. Klageren har anført, at forholdet er omfattet af forsikringsaftalelovens § 9, da selskabet har undersøgelsespligten og derfor burde have indhentet oplysningerne om hans skadehistorik ved indtegningen.

Nævnet finder, at forholdet ikke er omfattet af forsikringsaftalelovens § 9. Nævnet bemærker, at selskabet ikke har pligt til at få bekræftet rigtigheden af de afgivne risikoplysninger i forbindelse med forsikringernes tegning.

Nævnet finder, at selskabet uden unødigt ophold har påberåbt sig sine rettigheder som beskrevet i forsikringsaftalelovens § 8. Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at selskabet modtog oplysninger fra tidligere forsikringsselskab den 27/9 2022, og at selskabet 3 dage efter opsagde klagerens ikke-lovpligtige forsikringer.

Nævnet finder, at klageren ved indtegningen afgav urigtige oplysninger, idet han ikke har oplyst om det korrekte antal skader i tidligere forsikringsselskab. Nævnet finder, at dette må tilregnes ham som mindst uagtsomt.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren alene oplyste om 2 skader, mens det fremgår af oplysningerne fra klagerens tidligere forsikringsselskab, at klageren har haft 6 belastende skader.

Ankenævnet for Forsikring

13.

99011

Nævnet finder, at selskabet har bevist, at selskabet i henhold til indtegningsreglerne ikke ville have tegnet de ikke-lovpligtige forsikringer, hvis klageren havde afgivet korrekte oplysninger. Nævnet kan herefter ikke kritisere, at selskabet ifølge forsikringsaftalelovens § 6 har ophævet klagerens ikke-lovpligtige forsikringer med tilbagevirkende kraft og har afvist at dække de anmeldte skader.

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