

Årsberetning

2023

Ankenævnet for Forsikring

Indhold

Resumé.....	4
1. Ankenævnets organisering.	9
1.1. Nævnsmedlemmer. Forbrugerrådet Tænk.....	9
1.2. Nævnsmedlemmer. Forsikring & Pension.	9
1.3. Nævnets sekretariat.....	12
2. Ankenævnets arbejde.	13
2.1. Sagsbehandlingstid.	14
2.2. Resultat af nævns- og sekretariatsafsluttede sager.	16
2.3. Resultat af nævnssafsluttede sager. Antal dissenser.	17
2.4. Nævns- og sekretariatsafsluttede sager på forsikringstype.	18
2.5. Internationalt samarbejde.	22
3. Efterlevelse af nævnets afgørelser/anfægtede sager.....	24
3.1. Anfægtede sager. Afgjort ved dom i 2023.	26
3.1.1. Sag 93143. Erhvervsevnetab. Sportsudøvelse.	26
3.1.2. Sag 93585. Erhvervsevnetab. Observation. Ophævelse.	28
3.1.3. Sag 94115. Bilforsikring. Urigtige risikooplysninger. Regres for dækket ansvarsskade. .	30
3.1.4. Sag 94469. Bilforsikring. Klonet bil. Ulovlig interesse. Urigtige risikooplysninger.	33
3.2. Anfægtede sager. Forligt i 2023.	36
3.2.1. Sag 91827. Ulykkesforsikring. Årsagssammenhæng.....	36
3.2.2. Sag 92835. Erhvervsevnetab. Observation.	36
3.2.3. Sag 95293. Erhvervsevnetab. Rådgivning. Leverandørskifte.....	37
3.2.4. Sag 98064. Pensionsordning. Jobskifteaftalen. Klausulering. Rådgivning.....	37
3.2.5. Sag 98391. Husejerforsikring. Fareforøgelse.	38
3.2.6. Sag 99102. Ejerskifteforsikring. Skadebegrebet. Fundament.....	39
3.2.7. Sag 99337. Midlertidigt/generelt erhvervsevnetab. 18 måneders regel.	40
3.2.8. Sag 99456. Retshjælpsforsikring. Retsmægling.....	40
3.2.9. Sag 100176. Tandforsikring. Dækningstilsagn.	41
3.3. Anfægtede sager. Klageren hævdede sagen i 2023.....	41
3.3.1. Sag 96505. Ulykkesforsikring. Årsagssammenhæng. AES.	41
3.4. Anfægtede sager. Klageren opgav sagen uden at indbringe den for retten i 2023.	42
3.4.1. Sag 97749. Bilforsikring. Urigtige risikooplysninger. FAL §7.....	42
4. Domme og indenretlige forlig i andre sager.	43
4.1. Sag 87092. Pensionsordning. Omvalg. Ydelsesgaranti. Levetidsrisikoen.	43
4.2. Sag 88489. Erhvervsevnetab. Observation. Tilbagebetaling. Ophævelse.	51
4.3. Sag 89328. Erhvervsevnetab. Observation. Retslægerådet. Ophævelse.	53
4.4. Sag 91647. Bygningsforsikring. Udlejning. Hærværk.....	54
4.5. Sag 91871. Erhvervsevnetab. Observation. Tilbagebetaling. Ophævelse.	56
4.6. Sag 93590. Erhvervsevnetab. Observation. Tilbagebetaling. Ophævelse.	58
4.7. Sag 95022. Indboforsikring. Dokumentation. Politianmeldelse. Forældelse.	60
4.8. Sag 95058. Chiptuning. Urigtige risikooplysninger.	61
4.9. Sag 95630. Erhvervsevnetab. Fleksjob. Arbejdsprøvning.....	64
4.10. Sag 95928. Ejerskifteforsikring. Skadebegrebet.	65

Ankenævnet *for* Forsikring

4.11. Sag 96673. Bygningsforsikring. Brandskade. Grov uagtsomhed.	66
4.12. Sag 96754. Bilforsikring. Regreskrav. Grov uagtsomhed.	67
4.13. Sag 96926. Ulykkesforsikring. Varigt mén. Retslægerådet.	68
4.14. Sag 97407. Husejerforsikring. Brand. Mistænkelige omstændigheder.	68
4.15. U 2023.5589 H. Vildledende markedsføring. Prisstigninger efter skader på bilforsikringer.	69
4.16. U 2024.1364 H. Ejerskifteforsikring. Dobbeltforsikring. Regreskrav.	71

Dommene i sagerne 94115 (højesteretsdom), 94469 (landsretsdom), 87092 (højesteretsdom), 95022 og 95630 samt højesteretsdommene U 2023.5589H og U 2024.1364 H er tillige omtalt i årsberetningens resume.

Ankenævnet for Forsikring

Resumé

Ankenævnet modtog i 2023 1752 klager. I 2022 modtog nævnet 1.424 klager. Der klages mest over ejerskifteforsikring (367 klager), livs- og pensionsforsikring (311 klager) samt ulykkesforsikring (305 klager). Disse tre forsikringstyper udgør ca. 55 % af de klager, som nævnet modtager.

Ankenævnet afsluttede 1.547 sager i 2023. Heraf blev 1.216 sager (svarende til 78,6 %) afsluttet af nævnet, mens 331 sager blev afsluttet af sekretariatet. I 2022 blev 1.526 sager afsluttet.

Af de 331 sekretariatsafsluttede sager blev 212 sager lukket eller afvist på grund af forhold hos klageren. Disse grunde er omtalt i afsnit 2.2. 45 sager blev afsluttet, fordi klageren tilbagekaldte klagen, inden sagen blev forelagt for nævnet. 74 sager blev afsluttet, fordi selskabet opfyldte klagen, inden sagen blev forelagt for nævnet. I 2022 opfyldte selskabet 54 klager, inden sagen blev forelagt for nævnet.

Ved udgangen af 2023 var der 965 uafsluttede sager. Ved udgangen af 2022 var der 760 uafsluttede sager.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i 2023 for de 1.547 afsluttede sager var 5,7 måneder. Af disse sager var 67,1 % afsluttet inden for 6 måneder, mens 83,7 % af sagerne var afsluttet inden for 8 måneder. I 2022 var den gennemsnitlige sagsbehandlingstid 6,3 måneder.

Den gennemsnitlige berømmelsestid for de 1.216 nævnsafgjorte sager var 58,3 dage. Berømmelsestiden regnes fra den dato – hvor sagen er fuldt oplyst af sagens parter – og til den dato, hvor nævnet har afgjort sagen. I 2022 var berømmelsestiden 65,8 dage.

I 2023 fik klagerne noget ud af at klage over selskabets afgørelse i 22,4 % af klagesagerne. I 2022 var tallet 20,5 %.

Antallet af sager, hvor nævnets medlemmer er uenige om udfaldet af sagen (dissens), var 43. Det svarer til 3,5 % af de nævnsafgjorte sager. I 2022 var der dissens i 3,8 % af de nævnsafgjorte sager.

Nævnets formandskab har i 2023 ikke konstateret systematiske eller væsentlige problemer, som giver anledning til at komme med anbefalinger til, hvordan sådanne problemer fremadrettet kan undgås eller løses.

I 2023 meddelte forsikringsselskaberne i 27 tilfælde, at de ikke ønskede at være bundet af nævnets afgørelse (anfægtelse). I 2022 var antallet af anfægtede sager 19.

Af de 27 anfægtede sager i 2023 angik 8 sager livs- og pensionsforsikring, 7 sager angik ejerskifteforsikring, 3 sager angik bygningsforsikring, 2 sager angik ulykkesforsikring, 2 sager angik sygeforsikring, 1 sag angik familieforsikring, 1 sag angik lystfartøjsforsikring, 1 sag angik retshjælpsforsikring, 1 sag angik byggeskade og 1 sag angik speciallægevalg/pensionsforsikring. For perioden 2015 til 2023 er der – relativt set – anfægtet flest sager inden for livs- og pensionsforsikring, hvor antallet af anfægtede sager er 53, hvilket giver en anfægtelsesprocent på 16,6. Ser man på de to andre forsikringstyper, hvor nævnet modtager flest klager, er der i samme periode 15 anfægtede sager vedr. ulykkesforsikring, hvilket giver en anfægtelsesprocent på 6,0. Anfægtelsesprocenten er på 5,5 for ejerskifteforsikring, hvor 24 sager i perioden er anfægtet. I afsnit 3 kan anfægtelsesprocenten for de forskellige forsikringstyper ses.

Ankenævnet for Forsikring

Årsberetningen omtaler 20 domme. 18 af de 20 domme angår sager, som nævnet tidligere har behandlet. I en af dommene havde nævnet afvist at afgøre sagen. I en anden sag (sag 95022 omtalt i afsnit 4.7) afgjorde nævnet, at klagerens krav ikke var forældet, men nævnet afviste at afgøre sagen materielt, idet nævnet udtalte, at selskabets fuldstændige afvisning af klagerens krav var sket på et relativt spinkelt grundlag, mens klagers dokumentation for sit krav på dækning af stjålne genstande ligeledes kunne være underbygget væsentligt bedre.

Retten fandt, at klageren havde ret til 65.000 kr. i erstatning, og at ingen af sagens parter skal betale omkostninger til modparten. Retten lagde vedr. sagsomkostningerne vægt på, at klageren "har måttet tåle, at sagsøgte indgav politianmeldelse overfor sagsøger [klageren] ligesom Forsikringsankenævnet fandt, at sagsøgtes fuldstændige afvisning af kravet var truffet på et meget spinkelt grundlag". Retten lagde dog også vægt på, "at sagsøgers krav heller ikke for retten har været bedre underbygget, end det var for Forsikringsankenævnet."

Af de 16 sager som nævnet har afgjort materielt, nåede domstolene i 15 af sagerne til samme resultat, som nævnet. 4 af de 16 sager er tvister, hvor klageren ved nævnet fik helt eller delvist medhold, og hvor selskabet har anfægtet nævnets afgørelse.

Den ene sag, hvor domstolene nåede til et andet resultat end nævnet, er 94115 (omtalt i afsnit 3.1.3). Nævnet gav klageren delvist medhold. Nævnet fandt, at klageren havde afgivet urigtige risikoplysninger ved bilforsikringens tegning, hvorfor nævnet fandt, at selskabet var berettiget til at opgøre erstatningen for kaskoskaden på bilen som pro rata erstatning. I relation til ansvarsskaden – hvor klagerens selskab havde betalt erstatning til modparten i biluheldet – fandt nævnet imidlertid, at selskabet efter færdselslovens § 108 ikke var berettiget til at rette et regreskrav mod klageren, det vil sige kræve, at klageren selv skulle dække skadesudgiften, som modparten havde krav på.

Højesteret gav selskabet fuldt medhold og udtalte, at "færdselslovens § 108, stk. 2, efter bestemmelsens ordlyd og forarbejder er uden betydning for et forsikringsselskabs adgang til at gøre krav om regres og tilbagebetaling gældende under henvisning til begrænsninger i hæftelsen efter forsikringsaftalelovens § 6 og § 7. ... Højesteret tiltræder herefter, at betingelserne i forsikringsaftalelovens § 6 for at opgøre erstatningerne for kaskoskaderne og ansvarsskaden ud fra pro rata-beregninger er opfyldt".

Sag 94469 (omtalt i afsnit 3.1.4) angår også, om en bilforsikring skulle dække en ansvarsskade. I denne sag var der tale om en klonet bil, det vil sige en stjålet bil, som var blevet udstyret med et andet stelnummer. Klageren havde købt bilen hos en autoforhandler. Nævnet gav klageren medhold i, at selskabet skulle dække ansvarsskaden. Nævnet udtalte, at der ikke var rimelig tvivl om, at den forulykkede bil var den, som parterne havde indgået forsikringsaftale om. Nævnet fandt, at det ikke var sandsynliggjort, at der forelå retsstridige forhold hos klageren angående bilens identitet og det reelle ejerskab. Nævnet fandt, at bilen og føreransvaret udgjorde en lovlig interesse, der kunne forsikres af klageren, jf. FAL § 35. Selskabet skulle derfor dække klagerens/bilens ansvarsskade.

Landsretten nåede til samme resultatet, idet Landsretten udtalte, "at der ikke foreligger nogen reel tvivl om, at forsikringen omfattede A's Mercedes-Benz, og at der ikke var risiko for forveksling med andre biler. Det kan ikke føre til en anden vurdering, at enkelte oplysninger i policen om model mv. ikke var fuldt korrekte". Landsretten udtalte videre, at "Efter forsikringsaftalelovens § 35, 1. pkt., er det alene muligt at tegne forsikring for en lovlig interesse. Landsretten finder efter det, der er anført ovenfor, at A's interesse i ikke selv at skulle udbetale erstatning som følge af det erstatningsansvar, han måtte pådrage sig i henhold til

Ankenævnet for Forsikring

færdselsloven, udgør en lovlig interesse i bestemmelsens forstand. Det er på den baggrund og efter sagens oplysninger i øvrigt ikke godtgjort, at forsikringsaftalen er indgået i strid med forsikringsaftalelovens § 35. Landsretten finder heller ikke grundlag for at anse forsikringsaftalen for ugyldig i medfør af Danske Lov 5-1-2".

I sag 87092 (omtalt i afsnit 4.1) fandt nævnet, at klagerne ved et omvalg – fra en pensionsordning med ydelsesgaranti til en ordning med markedsrente – ikke blev behørigt informeret om, at klageren også overtog risikoen for ændringer i pensionskundernes levetid, ligesom klagerne ikke blev informeret om, at de levetidsforudsætninger, som selskabet benyttede, på sigt kunne medføre nedreguleringer af kundernes pensionsydelser på grund af nye og mere retvisende levetidsforudsætninger. Nævnets flertal fandt imidlertid, at der forelå sådanne særlige forhold, at det – ud fra en samlet vurdering af hensynet til klagerne og selskabet – ikke var rimeligt at pålægge selskabet risikoen for, at klagerne traf deres beslutning om omvalg på baggrund af urigtige/svigtende forudsætninger (forudsætningslæren), hvorfor klagerne ikke kunne træde tilbage fra omvalget.

I landsretten fik klagerne medhold, mens Højesteret gav selskabet medhold. Højesteret fandt, at "omvalgsmaterialet ikke giver grundlag for at tilsidesætte omvalget i 2011 som helt eller delvist ugyldigt. Der er heller ikke i øvrigt et grundlag for at tilsidesætte omvalget eller for at fastslå, at FSP Pension ved omvalget har pådraget sig et rådgivningsansvar".

Højesteret udtalte, at "Højesteret lægger til grund, at FSP Pensions tilbud om omvalg i 2011 var begrundet i, at afkastet på gennemsnitsrentepensioner i flere år havde været faldende, hvilket skyldtes bl.a. markedsudviklingen og investeringsbegrænsninger, der var nødvendige for at sikre ydelsesgarantierne. Hvis medlemmerne overgik til en markedsrentepension uden ydelsesgaranti, ville pensionsmidlerne kunne investeres uden samme begrænsninger og dermed have mulighed for at give et større afkast.

Det fremgik af omvalgsmaterialet fra april 2011 bl.a., at bestyrelsen anbefalede et skift til investering på markedsvilkår med henvisning til, at tiden var ved at løbe fra traditionelle pensioner med gennemsnitsrente. Omvalgsmaterialet indeholdt oplysning om, at omvalget til markedsvilkår indebar, at ydelsesgarantien på medlemmets eksisterende pensionsordning faldt bort, og at der ikke længere var garanti for størrelsen af fremtidige pensionsydelser. Materialet indeholdt endvidere oplysning om, at fremtidige pensionsydelser ville afhænge af afkastet.

Omvalgsmaterialet indeholdt ikke udtrykkelige oplysninger om, at medlemmerne ved omvalget overtog risikoen for ændringer i de generelle levetidsforudsætninger og betydningen heraf for de fremtidige pensionsydelser. Efter det oplyste gennemførte en række andre pensionsselskaber på samme tid tilsvarende omvalg også uden udtrykkeligt at give deres medlemmer de nævnte oplysninger.

I 2011 havde Finanstilsynet ikke udstedt specifikke retningslinjer for, hvilken information et pensionsselskab skulle give i forbindelse med et omvalg fra et garanteret gennemsnitsrenteprodukt til et markedsrenteprodukt.

Efter bevisførelsen, herunder forklaringerne fra FSP Pensions daværende direktør K og ansvarshavende aktuar L lægger Højesteret til grund, at FSP Pension fandt, at det ikke var væsentligt at omtale levetidsrisikoen i omvalgsmaterialet i 2011, fordi det på daværende tidspunkt var selskabets vurdering, at forventet levetid kun ville stige i et begrænset omfang, og at stigninger ville blive mere end opvejet af afkastforbedringer.

I december 2010 indførte Finanstilsynet for første gang et benchmark for levetidsforudsætninger. Benchmarket fandt først anvendelse for FSP Pensions årsrapport for 2011. Ifølge skønsmand ... var benchmarket ikke umiddelbart anvendeligt for FSP Pension, fordi selskabets beregningsprogram, der var baseret på et andet teknisk grundlag (G82), først skulle tilpasses. Det viste sig efterfølgende, at Finanstilsynets benchmark for

Ankenævnet for Forsikring

2010 og de følgende årlige justeringer heraf undervurderede den forventede restlevetid. Det var først i 2014, at stigninger i forventet restlevetid i kombination med faldende afkast førte til nedsættelse af pensionsydelse for medlemmer, som havde foretaget omvalg i 2011 til markedsrentepension.

Finanstilsynet foretog i foråret 2011 en egentlig vurdering af, om FSP Pensions omvalgsmateriale var i overensstemmelse med god skik. I den forbindelse pålagde Finanstilsynet selskabet at sende yderligere information til medlemmerne om fordele og ulemper ved henholdsvis gennemsnitsrentepension og markedsrentepension. Efter udarbejdelsen af det supplerende materiale godkendte Finanstilsynet omvalgsmaterialet. Finanstilsynet påtalte ikke, at omvalgsmaterialet ikke indeholdt udtrykkelige oplysninger om, at medlemmerne ved omvalget overtog risikoen for ændringer i de generelle levetidsforudsætninger og betydningen heraf for de fremtidige pensionsydelse. I Finanstilsynets afgørelse af 2. april 2014 om medlemmernes kompensation for omvalget i 2011 påtalte tilsynet heller ikke dette.

Efter det oplyste må de medlemmer, som valgte om til et markedsrenteprodukt i 2011, anses for at være blevet kompenseret for at have opgivet ydelsesgarantien i overensstemmelse med sædvanlige principper herfor".

7 af de øvrige domme angår, om klageren har ret til dækning for sit erhvervsevnetab. I 5 af de 7 sager havde selskabet foretaget observation af klageren. I 1 af de øvrige 2 sager havde selskabet indhentet offentligt tilgængelige oplysninger om klagerens aktiviteter. I den sidste sag havde klageren et fleksjob med 9 timers arbejde om ugen. Retten udtalte i den sidste sag (95630, der er omtalt i afsnit 4.9), at klageren "har bevisbyrden for, at hun alene kan arbejde 9 timer om ugen. Det forhold, at kommunen har bevilget fleksjob med løntilskud, sådan at hun alene skal arbejde 9 timer om ugen, skaber ikke i sig selv en formodning for, at dette er tilfældet". Retten fandt, at klageren ikke havde løftet bevisbyrden for, at hendes erhvervsevne er nedsat med mindst 50 pct.

Årsberetningen indeholder tillige omtale af 2 højesteretsdomme, som nævnet ikke har været involveret i. Dommene er omtalt i årsberetningen, idet de skønnes at være af almen interesse.

Højesteret fandt, at et forsikringsselskab skal betale en bøde på 16,9 mio. kr., idet selskabet havde overtrådt vildledningsforbuddet i markedsføringsloven ved i en reklamefilm om sin bilforsikring at have oplyst, at "Hvis du får en skade, sætter vi ikke prisen op".

Højesteret udtalte blandt andet, at "Reklameudsagnet skal vurderes på baggrund af, at forsikringsbetingelserne indeholdt bestemmelser om, at T A/S kunne forhøje prisen på forsikringen efter en skade, og at en skade medførte udsættelse af en årlig præmienedsættelse og forhøjelse af forsikringens selvrisiko.

T A/S' reklameudsagn er egnet til at give gennemsnitsforbrugeren indtryk af, at en skade ville være prisneutral for kunden, og at T A/S dermed bl.a. ikke ville have mulighed for at forhøje præmien i tilfælde af en skade. Imidlertid havde T A/S ifølge forsikringsvilkårene mulighed for at sætte præmien op efter en skade, og Højesteret finder derfor, at udsagnet i T A/S' reklamefilm om, at prisen ikke sættes op, hvis kunden får en skade, var vildledende, jf. markedsføringslovens § 5, stk. 1. Hertil kommer, at en skade ifølge forsikringsvilkårene i visse tilfælde ville medføre udsættelse af præmienedsættelse og forhøjelse af forsikringens selvrisiko. Højesteret finder, at reklamen i den foreliggende sammenhæng også for så vidt angår disse forhold er vildledende, og at der er tale om udeladelser af væsentlige oplysninger efter markedsføringslovens § 6, stk. 1.

Det er efter det, der er anført ovenfor, uden betydning, om T A/S efterfølgende undlod at bruge sin mulighed i forsikringsvilkårene for at forhøje prisen eller selvrisikoen efter en skade eller udsætte den årlige præmienedsættelse". Sagen er omtalt i afsnit 4.15.

Ankenævnet for Forsikring

Nævnet har i en række sager udtalt, at visse skader kan være dækket på såvel kundens bygningsforsikring som på kundens ejerskifteforsikring, og at kunden i sådanne tilfælde kan rejse krav mod begge forsikrings-selskaber, hvis de to forsikringer er tegnet i to forskellige selskaber. Forsikringsselskaberne har i nogle sager været uenige om, hvordan skaden skal fordeles i det interne forhold mellem de to forsikringer/selskaber.

For Højesteret var tvisten (der er omtalt i afsnit 4.16), om dækningen under ejerskifteforsikringen er omfattet af reglerne i forsikringsaftaleloven om dobbeltforsikring, så regreskravet skal behandles efter disse regler, og om dækningen under ejerskifteforsikringen er subsidær i forhold til husforsikringen. I den konkrete sag, var der tale om en rådskade på bygningen.

Højesteret udtalte, at "Hverken forsikringsaftaleloven eller lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom m.v. eller disse loves forarbejder indeholder holdepunkter for, at en ejerskifteforsikring er subsidær i forhold til en husforsikring.

Højesteret finder, at heller ikke pkt. 6, litra e, i bilag 1 til minimumsbekendtgørelsen (bekendtgørelse nr. 13 af 12. januar 2012 om dækningsomfanget for ejerskifteforsikringer i henhold til lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom m.v.) giver grundlag for at fastslå, at ejerskifteforsikringer er subsidære i forhold til husforsikringer. Vilkåret i pkt. 6, litra e, indebærer således alene, at den sælger, der fremlægger et tilbud på ejerskifteforsikring for køberen, kan undgå at hæfte for mangler ved ejendommen, jf. lovens § 2, selv om tilbuddet indeholder et dækningsforbehold som nævnt i vilkåret.

På denne baggrund tiltræder Højesteret, at A's ejerskifteforsikring ikke er subsidær i forhold til hans husforsikring.

Begge forsikringsselskaber hæfter således for rådskaden efter forsikringsaftalelovens § 41, og regreskravet skal derfor behandles efter reglerne i § 42 og § 43. Højesteret stadfæster herefter dommen".

Nævnets kendelser offentliggøres i anonymiseret form på hjemmesiden ankeforsikring.dk. Her er det også muligt at se de enkelte selskabers klageantal og resultatet af disse set i forhold til de enkelte selskabers markedsandele.

Et mindre antal af nævnets afgørelser offentliggøres ikke på hjemmesiden. Det skyldes, at det enten ikke er muligt at anonymisere afgørelsen tilstrækkeligt, eller at klageren har bedt om, at afgørelsen ikke offentliggøres. I 2023 blev 8 sager ikke offentliggjort. De 8 sager fordeler sig således: 5 sager om livs- og pensionsforsikring, 1 sag om retshjælpsforsikring, 1 sag om forsikring ved kritisk sygdom og 1 sag om arbejdsløshedsforsikring.

13 sager blev genoptaget til fornyet behandling primært på grund af nye oplysninger fra en af sagens parter. Sager, hvor alene en del af den afgjorte sag senere genoptages til fornyet behandling, offentliggøres på hjemmesiden. Sager, hvor hele den afgjorte sag genoptages til fornyet behandling, offentliggøres ikke på hjemmesiden. I stedet offentliggøres den nye afgørelse, som nævnet træffer, og som erstatter den tidligere afgørelse.

Ankenævnet for Forsikring

1. Ankenævnets organisering.

Ankenævnet er stiftet af Forbrugerrådet Tænk og Forsikring & Pension den 1/9 1975. Ankenævnet for Forsikring er senest den 1/2 2022 godkendt af Erhvervsministeriet i medfør af § 6 i lov om alternativ tvistløsning i forbindelse med forbrugerklager. Godkendelsen har virkning fra 1/2 2022 og frem til og med 31/1 2025.

Nævnets afgørelse er ikke bindende for parterne, og begge parter kan indbringe sagen for domstolene. For forsikringsselskaberne er det dog en betingelse, at de inden 30 dage efter modtagelsen af nævnets afgørelse har meddelt nævnet, at de ikke ønsker at være bundet af afgørelsen – en såkaldt anfægtelse.

Nævnet består af 1 formand og 2 næstformænd, der udgør nævnets formandskab, og et antal nævnsmedlemmer i øvrigt. Formand og næstformænd skal være dommere eller pensionerede dommere. De stiftende organisationer udpeger formand, næstformænd og nævnets medlemmer.

Pr. 1. januar 2024 er nævnets formand højesteretsdommer Jens Kruse Mikkelsen. Landsdommerne Peter Thønnings og Hans-Jørgen Nymark Beck er næstformænd.

1.1. Nævnsmedlemmer. Forbrugerrådet Tænk.

Ved udgangen af 2023 var følgende personer udpeget af Forbrugerrådet Tænk som nævnsmedlemmer:

Permanente medlemmer:

Ankenævnskoordinator Regitze Buchwaldt
Juridisk konsulent Jakob Steenstrup
Jurist Ida Nynne Daarbæk Reislev

Generelle medlemmer:

Peer Brusgaard
Bitte Dyrberg
Jakob Kromann Groth
Susanne Engstrøm
Per Jensen, Næstformand i Forbrugerrådet Tænk
Poul Erik Jensen
Keld Volder

1.2. Nævnsmedlemmer. Forsikring & Pension.

Ved udgangen af 2023 var følgende personer udpeget af Forsikring & Pension som nævnsmedlemmer:

Permanente medlemmer:

Advokat Kenneth Bodén Andersen
Advokat Claus Elmquist-Clausen
Advokat Vibeke Hjarlitz
Advokat Kåre Højerup
Forsikringsjurist, advokat Niklas Jeppesen
Forretningsjurist Inge Jessen
Skadechef, advokat Lars Bue Nørbyerg
Skadeschef Kurt Rasmussen

Ankenævnet *for* Forsikring

Chefjurist Anne-Marie Aagaard Tegldal
Kvalitetschef, advokat Berit Torm
Compliancechef, cand.jur. Alan Matthias Wad

Arbejdsmarkedspension:

Forsikringsdirektør Joan Alsing
Juridisk konsulent Merete Hesselbjerg
Juridisk konsulent og klageansvarlig Thomas Dahl Hurrelbrink
Chefkonsulent Susanne Lindahl Ipsen
Direktør Annegrete Birck Jakobsen
Chefkonsulent Ulrich Larsen

Byggeskadeforsikring:

Jurist Anna Moth
Kvalitetskonsulent Keld Løgstrup-Nielsen
Jurist Lars Ploumark Petersen
Advokat Klaus Rasmussen
Juridisk skadebehandler Ida Chloë Hansen-Sunddahl
Jurist Merete Toxborg

Bygningsforsikring:

Seniorjurist Mette Jakobsen
Advokat Klaus Rasmussen
Cand.jur., fagkonsulent Ulla Ravn
Specialkonsulent, cand.jur. Lise Skovgaard
Jurist Merete Toxborg

Ejerskifteforsikring:

Fagkonsulent Conny Jakobsen
Kvalitetskonsulent Keld Løgstrup-Nielsen
Advokat Klaus Rasmussen
Cand.jur. Fagkonsulent Ulla Ravn
Juridisk skadebehandler Ida Chloë Hansen-Sunddahl
Jurist Merete Toxborg

Familieforsikring:

Kvalitetskonsulent, cand.jur. Martin Friis Arnetoft
Fagansvarig, Leon Nygaard Brochstedt
Seniorjurist Mette Jakobsen
Advokat Klaus Rasmussen
Cand.jur., fagkonsulent Ulla Ravn
Skadecchef Mads Svendsen
Jurist Merete Toxborg
Seniorjurist Christina Louise Heede Sørensen

Ankenævnet *for* Forsikring

Livsforsikring og pensionsforsikring:

Seniorjurist Mads Mølgaard Braüner
Juridisk specialkonsulent Mette Marie Tvedgaard Grubbe
Advokat Asger Holst-Jensen
Juridisk konsulent Thomas Dahl Hurrelbrink
Advokat Peter Theisen
Seniorjurist Sandra Hjort Wilson

Lystfartøjsforsikring:

Afdelingschef Michael Kjær
Managing director Gert Toft

Motorkøretøjsforsikring:

Fagkonsulent, cand.jur. Christian Riskjær Christensen
Skadecchef Mikkel Bruun-Larsen
Fagansvarlig Motorskade Christian Bagger Praëm
Advokat Michael Rosenkilde-Hansen
Seniorjurist Christina Louise Heede Sørensen

Privat ansvarsforsikring og retshjælpforsikring:

Kvalitetskonsulent, cand.jur. Martin Friis Arnetoft
Cand.jur. Mulle Birch Hørdum
Seniorjurist Mette Jakobsen
Jurist John Holmgrün Nielsen
Cand.jur., fagkonsulent Ulla Ravn
Kundeambassadør Vibeke Rønn
Skadecchef Mads Svendsen
Specialkonsulent, cand.jur. Lise Skovgaard
Jurist Merete Toxborg

Rejseforsikring:

Kvalitetskonsulent, cand.jur. Martin Friis Arnetoft
Fagansvarlig Leon Nygaard Brochstedt
Jurist Josefine Miller Rasmussen
Advokat Michael Rosenkilde-Hansen
Seniorjurist Christina Louise Heede Sørensen

Sygeforsikring og ulykkesforsikring:

Kvalitetskonsulent, cand.jur. Martin Friis Arnetoft
Skadecchef Mikkel Bruun-Larsen
Skadebehandler Heidi Hillerup
Personskadecchef, jurist Berit Norup Hindhede
Specialkonsulent Pia Nordland

Ankenævnet *for* Forsikring

Fuldmægtig Jeanette Nygaard
Advokat Michael Rosenkilde-Hansen
Stine Brix Schlægelberger Zacho

1.3. Nævnets sekretariat.

Nævnets sekretariat bestod ved udgangen af 2023 af direktør Kim Sparlund og kontorchef Carsten Sennels. Der var ansat 11 jurister (heraf to på deltid), 5 kontorfunktionærer (heraf tre på deltid) og 2 studenter på deltid.

Ankenævnet for Forsikring

2. Ankenævnets arbejde.

I 2023 blev der registreret 1.752 nye klager samt rettet 2.875 forespørgsler til nævnets sekretariat. Sagsantallet er:

	<u>Antal 2023</u>	<u>Antal 2022</u>
Sager primo året	760	862
Nye klager	1.752	1.424
Antal sager til behandling	2.512	2.286

Sagerne fordeler sig således:

Sekretariatsafsluttede sager	331	248
Nævnsafsluttede sager	1.216	1.278
Uafsluttede sager ved årets udgang	965	760
I alt	2.512	2.309

Siden nævnets start i 1975 har antallet af sager udviklet sig således:

	Indkomne sager:	Nævnsbehandlede sager:	Sekretariatsbehandlede sager:	Forespørgsler:
1975	360	61	94	256
1980	2.072	898	666	1.968
1985	2.274	1.790	788	2.495
1990	2.212	1.753	609	3.031
1995	2.497	1.941	584	3.422
2000	2.764	2.052	677	3.916
2005	2.657	2.094	631	5.633
2010	2.095	1.494	377	5.233
2015	1.389	1.703	296	4.029
2016	1.351	1.015	237	3.341
2017	1.418	1.019	242	3.998
2018	1.339	1.153	236	3.526
2019	1.362	1.149	229	3.101
2020	1.585	1.200	251	2.839
2021	1.394	1.197	250	3.354
2022	1.424	1.278	248	2.649
2023	1.752	1.216	331	2.875

Ankenævnet for Forsikring

Indkomne/afsluttede sager fordelt efter forsikringstype

Forsikringstype	Antal Indkomne 2023	% 2023	Antal Afsluttet 2023	% 2023	Antal Afsluttet 2022	% 2022
Ejerskifteforsikring	367	20,9	300	19,4	313	20,5
Livs- og pensionsforsikring og arbejdsmarkedspension	311	17,7	294	19,0	264	17,3
Ulykkesforsikring	305	17,4	253	16,4	263	17,2
Motorkøretøjsforsikring (bortset fra retshjælp)	156	8,9	167	10,8	182	11,9
Hus- og grundejerforsikring (bortset fra ansvar og retshjælp)	153	8,7	122	7,9	122	8,0
Familieforsikring (bortset fra ansvar og retshjælp)	139	7,9	154	9,9	112	7,3
Kritisk sygdom	71	4,1	53	3,4	65	4,3
Rejseforsikring	58	3,3	60	3,9	52	3,4
Sygeforsikring	44	2,5	27	1,7	28	1,8
Retshjælpsforsikring	35	2,0	32	2,1	35	2,3
Byggeskade	26	1,5	12	0,8	21	1,4
Arbejdsløshedsforsikring	22	1,3	14	0,9	20	1,3
Husdyrforsikring (bortset fra ansvar)	21	1,2	13	0,8	12	0,8
Speciallægevalg*	11	0,6	5	0,3	3	0,2
Lystfartøjsforsikring (bortset fra retshjælp)	10	0,6	16	1,0	16	1,1
Diverse	10	0,6	9	0,6	4	0,2
Ansvarsforsikring	9	0,5	12	0,8	7	0,5
Totalforsikring	4	0,3	4	0,3	7	0,5
I alt	1.752	100	1.547	100	1.526	100

* Efter § 2A i nævnets vedtægter, kan man klage over, at et selskab – der har tiltrådt Forsikring & Pensions principper for indhentning af speciallægeerklæring og attest fra speciallæge – ikke har fulgt disse principper. Nævnet modtager stort set ikke sådanne klager. Nævnet modtager i stedet sager, hvor klageren ønsker, at selskabet skal indhente en speciallægeerklæring, men hvor selskabet mener, at dette ikke er nødvendigt. Sådanne klager indgår i denne kategori, hvis klageren – når klagen blev indgivet – i klageskemaet har afkrydset, at der er tvist om speciallægevalg.

2.1. Sagsbehandlingstid.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i 2023 for de 1.547 afsluttede sager var 5,7 måneder. I 2022 var den gennemsnitlige sagsbehandlingstid 6,3 måneder. For samtlige sager, der blev afsluttet i 2023, er sagsbehandlingstiden:

Inden for	Antal 2023	% 2023	Sum % 2023	Sum % 2022
4 måneder	604	39,0	39,0	28,8
4-6 måneder	434	28,1	67,1	57,4
6-8 måneder	256	16,6	83,7	76,5
8-10 måneder	101	6,5	90,2	86,5
10-12 måneder	50	3,2	93,4	90,8
12-18 måneder	52	3,4	96,8	96,9
Over 18 måneder	50	3,2	100	100

Ankenævnet for Forsikring

Sagsbehandlingstiden er i høj grad afhængig af, hvor mange gange klageren og selskabet i en klagesag ønsker at kommentere på modpartens indlæg, samt hvor hurtigt parterne svarer, herunder hvor gode parterne er til at overholde de svarfrister, som nævnets sekretariat fastsætter.

Sager – med en sagsbehandlingstid på 12 måneder eller derover – har ofte været sat i bero i en periode for at afvente input fra en anden instans. I ulykkessager kan sagen f.eks. være sat i bero for at afvente en vejledende udtalelse fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. I ejerskifte-, byggeskade- og bygningssager kan sagen være sat i bero, fordi en af parterne har ønsket at indhente en byggesagskyndig udtalelse, som skal indgå som bevis i sagen. I andre sager kan sagen være sat i bero, fordi man afventer lægelige undersøgelser, politiets undersøgelser eller en dom.

Gennemsnitlig sagsbehandlingstid fordelt efter forsikringstype

Forsikringstype	Måneder 2023	Måneder 2022
Ulykkesforsikring	7,4	6,8
Ejerskifteforsikring	6,6	6,7
Arbejdsløshedsforsikring	6,0	6,8
Livs- og pensionsforsikring og arbejdsmarkedspension	5,5	7,0
Byggeskade	5,5	7,8
Lystfartøjsforsikring (bortset fra retshjælp)	5,4	6,0
Motorkøretøjsforsikring (bortset fra retshjælp)	5,3	5,4
Hus- og grundejerforsikring (bortset fra ansvar og retshjælp)	5,1	6,1
Familieforsikring (bortset fra ansvar og retshjælp)	4,7	5,6
Retshjælpsforsikring	4,5	6,0
Sygeforsikring	4,4	6,5
Kritisk sygdom	4,2	5,2
Rejseforsikring	3,8	5,5
Ansvarsforsikring	3,3	3,6
Husdyrforsikring (bortset fra ansvar)	3,3	4,9
Speciallægevalg	2,3	5,3
Diverse	2,1	4,3
Totalforsikring	1,4	3,4

Den gennemsnitlige berømmelsestid for de 1.216 nævnsafgjorte sager var 58,3 dage. Berømmelsestiden regnes fra den dato – hvor sagen er fuldt oplyst af sagens parter – og til den dato, hvor nævnet har afgjort sagen. I 2022 var berømmelsestiden 65,8 dage.

Ankenævnet for Forsikring

2.2. Resultat af nævns- og sekretariatsafsluttede sager.

Sekretariatsafsluttede sager:	Antal % 2023		Antal % 2022	
1.1 Klagen angår et andet forsikringsselskab, end det klageren har indgået aftale med	13	0,8	12	0,8
1.2 Klagen omhandler en erhvervsforsikring	11	0,7	4	0,3
1.4 Klageren har ikke indbetalt klagegebyr	15	0,9	23	1,5
1.5 Klageren har ikke indsendt klageskema, har i øvrigt ikke reageret på nævnets henvendelser eller indbragt klagen dobbelt	61	3,9	34	2,2
1.6 Klageren havde ikke forudgående klaget til selskabet	101	6,6	68	4,4
1.7 Klagen hører under andet tvistløsningsorgan, behandles af andet tvistløsningsorgan eller er afgjort ved dom, voldgift eller retsforlig	4	0,3	9	0,6
1.8 Klagen er afvist til behandling ved nævnets formand	7	0,5	9	0,6
I alt indstillede sager	212	13,7	159	10,4
2.1 Klageren har tilbagekaldt klagen	26	1,7	27	1,8
2.2 Opgivet af klageren efter sagkyndig udtalelse	19	1,2	8	0,5
Klageren har tilbagekaldt sagen, inden sagen er klar til nævnet	45	2,9	35	2,3
3.1 Selskabet har opfyldt klagen	73	4,7	51	3,3
3.2 Selskabet har opfyldt klagen efter sagkyndig udtalelse	1	0,1	3	0,2
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	74	4,8	54	3,5
I alt sekretariatsafsluttede sager	331	21,4	248	16,2
Nævnsafsluttede sager:				
4.1 Nævnet er ikke kompetent til at afgøre sagen (§ 2-3)	2	0,1	1	0,1
4.2 Ikke egnet til afgørelse (§ 4)	35	2,3	21	1,4
4.3 Genoptagne sager	13	0,8	15	1,0
4.4 Sag afgjort sammen med anden sag	0	0,0	0	0,0
I alt ikke materielt afgjorte sager af nævnet	381	24,6	285	18,7
5.1 Selskab medhold	953	61,6	1.023	67,0
5.2 Klager delvist medhold	76	4,9	79	5,2
5.3 Klager medhold	137	8,8	139	9,1
I alt materielt afgjorte sager af nævnet	1.166	75,4	1.241	81,3
I alt afsluttede sager	1.547	100,0	1.526	100,0

I 2023 lukkede eller afviste sekretariatet 212 sager på grund af forhold hos klageren.

Nævnet fandt, at 35 sager ikke var egnet til behandling ved nævnet på grund af usikkerheden om bedømmelsen af de fremkomne faktiske oplysninger, jf. vedtægternes § 4. Nævnets formand besluttede, at 13 sager skulle genoptages til fornyet behandling primært på grund af nye oplysninger fra en af sagens parter.

Ankenævnet for Forsikring

Ser man bort fra disse sager, bliver resultatet af nævns- og sekretariatsbehandlede sager følgende:

Udfald af sagen	Antal % 2023		Antal % 2022	
Selskab medhold	953	74,1	1.023	76,9
Klager har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	45	3,5	35	2,6
Klager delvist medhold	76	5,9	79	5,9
Klager medhold	137	10,7	139	10,5
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	74	5,8	54	4,1
I alt	1.285	100	1.330	100

I 22,4 % af tilfældene skete der en ændring til fordel for klageren set i forhold til den afgørelse, klageren fik i sit forsikringsselskab. I 2022 var procenten 20,5 %.

I afsnit 2.4 kan man se, hvordan de 1.285 sager fordeler sig på de enkelte forsikringstyper.

Nævnets afgørelser offentliggøres på nævnets hjemmeside, der fungerer som retsdatabase. Offentliggørelsen sker i anonymiseret form. I 2023 blev 8 sager ikke offentliggjort. Det skyldes, at det enten ikke var muligt at anonymisere disse afgørelser i tilstrækkelig grad, eller at klageren har bedt om, at afgørelsen ikke offentliggøres. De 8 sager fordeler sig således: 5 sager om livs- og pensionsforsikring, 1 sag om retshjælp, 1 sag om forsikring ved kritisk sygdom, 1 sag om arbejdsløshedsforsikring.

2.3. Resultat af nævnsafsluttede sager. Antal dissenser.

Udfald	Antal % 2023		Antal % 2022	
Afvist (§§ 2-3)	2	0,2	1	0,1
Afvist (§ 4)	35	2,9	21	1,6
Genoptaget ved anden sag	13	1,0	15	1,2
Sag afgjort sammen med anden sag	0	0,0	0	0,0
Selskab medhold	953	78,4	1.023	80,0
Klager delvist medhold	76	6,2	79	6,2
Klager medhold	137	11,3	139	10,9
I alt	1.216	100	1.278	100

13 sager blev genoptaget til fornyet behandling primært på grund af nye oplysninger fra en af sagens parter. Disse klagesager indgår først i medholdsstatistikken, når den nye afgørelse foreligger. Sager – hvor alene en del af den afgjorte sag senere genoptages til fornyet behandling – offentliggøres på hjemmesiden. Sager – hvor hele den afgjorte sag genoptages til fornyet behandling – offentliggøres ikke på hjemmesiden. I stedet offentliggøres den nye afgørelse, som nævnet træffer, og som erstatter den tidligere afgørelse.

I 2023 var nævnsmedlemmerne i 43 sager ikke enige om udfaldet af sagen, hvorfor nogle nævnsmedlemmer afgav en mindretalsudtalelse – en dissens. Det svarer til, at der blev afgivet dissens i 3,5 % af de nævnsafgjorte

Ankenævnet for Forsikring

sager. I 2022 blev der afgivet dissens i 3,8 % af de nævnsafgjorte sager. I 2021 blev der afgivet dissens i 3,4 % af de nævnsafgjorte sager.

2.4. Nævns- og sekretariatsafsluttede sager på forsikringstype.

Nævns- og sekretariatsafsluttede sager fordelt på forsikringstype og med angivelse af, om der er sket en ændring til fordel for klageren.

Livs- og pensionsforsikring og arbejdsmarkedspension	Antal		Antal	
	2023		2022	
Selskab medhold	187	72,2	193	80,1
Klager delvist medhold	17	6,6	10	4,2
Klager medhold	31	11,9	28	11,6
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	14	5,4	8	3,3
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	10	3,9	2	0,8
I alt	259	100	241	100

Ejerskifteforsikring	Antal		Antal	
	2023		2022	
Selskab medhold	191	74,6	217	74,8
Klager delvist medhold	22	8,6	36	12,4
Klager medhold	20	7,8	19	6,6
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	18	7,0	11	3,8
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	5	2,0	7	2,4
I alt	256	100	290	100

Ulykkesforsikring	Antal		Antal	
	2023		2022	
Selskab medhold	168	76,7	175	74,8
Klager delvist medhold	4	1,8	2	0,8
Klager medhold	17	7,8	33	14,1
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	9	4,1	11	4,7
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	21	9,6	13	5,6
I alt	219	100	234	100

Ankenævnet for Forsikring

Motorkøretøjsforsikring	Antal	%	Antal	%
	2023		2022	
Selskab medhold	90	73,8	110	79,7
Klager delvist medhold	13	10,7	7	5,1
Klager medhold	11	9,0	13	9,4
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	7	5,7	6	4,4
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	1	0,8	2	1,4
I alt	122	100	138	100

Familieforsikring	Antal	%	Antal	%
	2023		2022	
Selskab medhold	97	82,2	66	75,0
Klager delvist medhold	4	3,4	14	15,9
Klager medhold	12	10,2	6	6,8
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	5	4,2	0	0,0
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	2	2,3
I alt	118	100	88	100

Hus- og grundejerforsikring	Antal	%	Antal	%
	2023		2022	
Selskab medhold	81	78,6	85	80,2
Klager delvist medhold	7	6,8	4	3,8
Klager medhold	9	8,7	10	9,4
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	2	2,0	4	3,8
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	4	3,9	3	2,8
I alt	103	100	106	100

Rejseforsikring	Antal	%	Antal	%
	2023		2022	
Selskab medhold	33	66,0	27	61,3
Klager delvist medhold	3	6,0	1	2,3
Klager medhold	9	18,0	9	20,5
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	5	10,0	4	9,1
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	3	6,8
I alt	50	100	44	100

Ankenævnet for Forsikring

Kritisk sygdom	Antal	%	Antal	%
	2023		2022	
Selskab medhold	37	78,7	55	88,7
Klager delvist medhold	0	0,0	0	0,0
Klager medhold	4	8,5	2	3,2
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	5	10,7	5	8,1
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	1	2,1	0	0
I alt	47	100	62	100

Retshjælp	Antal	%	Antal	%
	2023		2022	
Selskab medhold	14	58,3	26	76,4
Klager delvist medhold	3	12,5	2	5,9
Klager medhold	4	16,7	4	11,8
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	3	12,5	0	0,0
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	2	5,9
I alt	24	100	34	100

Sygdomsforsikring	Antal	%	Antal	%
	2023		2022	
Selskab medhold	14	60,9	17	68,0
Klager delvist medhold	0	0,0	0	0,0
Klager medhold	5	21,7	6	24,0
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	1	4,4	2	8,0
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	3	13,0	0	0,0
I alt	23	100	25	100

Lystfartøjsforsikring	Antal	%	Antal	%
	2023		2022	
Selskab medhold	12	80,0	11	84,6
Klager delvist medhold	0	0,0	0	0,0
Klager medhold	3	20,0	1	7,7
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	1	7,7
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	0	0,0
I alt	15	100	13	100

Ankenævnet for Forsikring

Arbejdsløshedsforsikring	Antal	%	Antal	%
	2023		2022	
Selskab medhold	9	64,3	12	70,6
Klager delvist medhold	1	7,1	0	0,0
Klager medhold	2	14,3	4	23,5
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	2	14,3	1	5,9
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	0	0,0
I alt	14	100	17	100

Husdyrforsikring	Antal	%	Antal	%
	2023		2022	
Selskab medhold	6	60,0	10	90,9
Klager delvist medhold	0	0,0	0	0,0
Klager medhold	3	30,0	1	9,1
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	1	10,0	0	0,0
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	0	0,0
I alt	10	100	11	100

Ansvarsforsikring	Antal	%	Antal	%
	2023		2022	
Selskab medhold	8	80,0	5	100,0
Klager delvist medhold	1	10,0	0	0,0
Klager medhold	1	10,0	0	0,0
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	0	0,0
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	0	0,0
I alt	10	100	5	100

Byggeskadeforsikring	Antal	%	Antal	%
	2023		2022	
Selskab medhold	2	25,0	9	56,2
Klager delvist medhold	1	12,5	3	18,7
Klager medhold	3	37,5	2	12,5
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	2	25,0	1	6,3
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	1	6,3
I alt	8	100	16	100

Ankenævnet for Forsikring

Diverse	Antal		Antal	
	2023		2022	
Selskab medhold	3	75,0	3	100,0
Klager delvist medhold	0	0,0	0	0,0
Klager medhold	1	25,0	0	0,0
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	0	0,0
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	0	0,0
I alt	4	100	3	100

Speciallæge	Antal		Antal	
	2023		2022	
Selskab medhold	1	50,0	2	67,0
Klager delvist medhold	0	0,0	0	0,0
Klager medhold	1	50,0	1	33,0
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	0	0,0
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	0	0,0
I alt	2	100	3	100

Totalforsikring	Antal		Antal	
	2023		2022	
Selskab medhold	0	0,0	3	100,0
Klager delvist medhold	0	0,0	0	0,0
Klager medhold	1	100,0	0	0,0
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	0	0,0
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	0	0,0
I alt	1	100	3	100

2.5. Internationalt samarbejde.

Ankenævnet for Forsikring er anmeldt til Europa-Kommissionen som en alternativ tvistbilæggelsesinstans (ATB-instans), der kan behandle klager, som en forbruger indgiver via Europa-Kommissionens online tvistbilæggelsesplatform (OTB-platform), jf. forordning nr. 524/2013 af 21. maj 2013. Klager, der indgives via OTB-platformen, behandles på samme måde og efter samme regler som klager, der indgives til Ankenævnet for Forsikring via den digitale klageformular på nævnets hjemmeside. Nævnet har i 2023 ikke modtaget grænseoverskridende klager via OTB-platformen.

Ankenævnet *for* Forsikring

Ankenævnet er tillige med i et fælleseuropæisk klagenetværk (FIN-NET). Netværket, der er beregnet på grænseoverskridende klager inden for det finansielle område, holder regelmæssigt møder, hvor de tilsluttede klageorganer og Europa-Kommissionen gør status og udveksler erfaring om brugen af netværket. Netværket kan findes på adressen

https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net/fin-net-network/about-fin-net_da

Ankenævnet deltager også i international erfaringsudveksling gennem medlemskab af International Network of Financial Services Ombudsman Schemes. Netværket kan findes på <https://www.networkfso.org/>

Ankenævnet for Forsikring

3. Efterlevelse af nævnets afgørelser/anfægtede sager.

Forsikringsselskaberne kan – i de første 30 dage efter nævnets afgørelse – nægte at følge en afgørelse, der helt eller delvist har givet klageren medhold. I så fald orienterer nævnet klageren om muligheden for at indbringe sagen for domstolene og om at opnå retshjælpsdækning eller fri proces. Klageren informeres også om, at det er muligt at bede Nævnenes Hus om at udtage stævning på klagerens vegne, og at dette især er relevant, hvis klageren ikke har retshjælpsdækning på sin forsikring.

Forsikringsselskaberne meddelte i 27 tilfælde, at man ikke ønskede at følge den afgørelse, som nævnet havde truffet i 2023. Det kaldes en anfægtet sag.

Nedenfor fremgår antallet af anfægtede sager pr. år:

	Anfægtede sager	% af sager, som klageren helt eller delvist har vundet
2000	15	4,7
2001	21	7,2
2002	8	3,0
2003	14	5,2
2004	10	3,7
2005	26*)	7,3
2006	16	6,1
2007	17	5,2
2008	16	5,3
2009	18	6,8
2010	19	7,1
2011	30	9,6
2012	28	8,2
2013	10	3,9
2014	18	7,4
2015	14	6,1
2016	9	4,5
2017	12	5,6
2018	18	7,9
2019	16	7,0
2020	33**) (17)	16,3 (9,1)
2021	13	7,1
2022	19	8,7
2023	27	12,7

* heraf 7 sager vedrørende samme problemstilling.

** heraf hhv. 16 sager (om byggeskade) og 2 sager (om præmieberegning) vedrørende samme problemstilling. Tælles hver af disse problemstillinger, som en anfægtet sag, fremkommer de tal, der ovenfor er angivet i parentes.

Ankenævnet for Forsikring

Anfægtelsesprocent for 2023

Branche	Antal anfægtede	Klager helt eller delvist medhold	Anfægtede i %
Speciallægevalg*	1	1	100,0
Sygeforsikring	2	5	40,0
Lystfartøjsforsikring	1	3	33,3
Byggeskadeforsikring	1	4	25,0
Husejerforsikring	3	16	18,8
Livs- og pensionsforsikring	8	48	16,7
Ejerskifteforsikring	7	42	16,7
Retshjælpsforsikring	1	7	14,3
Ulykkesforsikring	2	21	9,5
Familieforsikring	1	16	6,3

* I den anfægtede sag (99716) fandt nævnet, at klagerens psykiske tilstand ikke har været stabiliseret i et sådant omfang, at selskabet den 6/12 2021 har været berettiget til at vurdere klagerens erhvervsevnetab i forhold til forsikringsbetingelsernes regler om længe-revarende erhvervsevnetab. Selskabet skulle derfor udbetale helbredsbedingede ydelser for midlertidigt erhvervsevnetab også efter den 1/2 2022. Nævnet udtalte, at selskabet vil være berettiget til at overgå til en vurdering af klagerens generelle erhvervsevnetab, når klagerens tilstand er stabil. Ved selskabets fornyede behandling af klagerens erhvervsevnetab kan selskabet således også tage stilling til, hvornår det eventuelt er blevet berettiget til at overgå til en vurdering af klagerens erhvervsevne i forhold til alle erhverv, som man med rimelighed kan forlange, at klageren skal påtage sig. Nævnet fandt, at selskabet skal indhente en ny psykiatrisk speciallægeerklæring, som skal indgå i selskabets fornyede behandling af klagerens erhvervsevnetab.

Anfægtelsesprocent for 2015-23

Branche	Antal anfægtede	Klager helt eller delvist medhold	Anfægtede i %
Speciallægevalg	1	2	50,0
Livs- og pensionsforsikring	53	320	16,6
Husdyrforsikring	3	26	11,5
Kritisk sygdom	3	32	9,4
Motorkøretøjsforsikring	16	187	8,6
Sygeforsikring	4	47	8,5
Husejerforsikring	11	145	7,6
Lystfartøjsforsikring	1	16	6,3
Ulykkesforsikring	15	249	6,0
Ejerskifteforsikring	24	437	5,5
Byggeskadeforsikring	17*(2)	53 (37)	32,1 (5,4)
Familieforsikring	8	170	4,7
Retshjælpsforsikring	2	66	3,0
Arbejdsløshedsforsikring	1	39	2,6
Rejseforsikring	2	94	2,1

* 16 sager vedrørende samme problemstilling. Regnes dette sagskompleks som en anfægtet sag, fremkommer de tal, der ovenfor er angivet i parentes.

Ankenævnet for Forsikring

De anfægtede sager har udviklet sig således:

Overførte, uafklarede sager ultimo 2022	41*
Nytilkomne sager 2023	27
I alt	68
Afsluttede i 2023	15
Til rest, uafsluttede ultimo 2023	53

* Det fremgår af årsberetningen for 2022, at 40 sager blev overført. Imidlertid er der givet tredjeinstansbevilling til sag 94115, hvorfor sagen alligevel ikke blev afsluttet i 2022. I årsberetningen for 2022 var det fejlagtigt anført i afsnit 3.1.3, at sagen var endelig afgjort med Østre Landsrets dom af 22/12 2022. Sagen er efterfølgende blevet afgjort ved Højesterets dom af 19/2 2024, og er omtalt under punkt 3.1.4. nedenfor.

Fra 1/10 1980 til 31/12 2023 har selskaberne nægtet at efterleve 967 afgørelser. Af de 967 sager var 914 afsluttet ved udgangen af 2023, mens 53 var uafsluttede.

For de ovenfor nævnte 914 anfægtede og afsluttede sager er det gået således:

	Antal i alt	%	Antal 2023
Klageren helt eller delvist medhold igen: Ved dom, ved forlig eller ved at selskab betalte pr. kulance	589	64,4	12
Selskab medhold	119	13,0	2
Klageren opgav sagen	206	22,6	1
I alt	914	100,0	15

Nævnet opfordrer selskaberne til at orientere nævnet om de domme, der afsiges i sager, som nævnet har afvist at afgøre, eller hvor klageren ikke får medhold i sin klage til nævnet. I afsnit 4 er omtalt 14 domme eller indenretlige forlig, som nævnet har fået kendskab til.

I 2023 anfægtede selskaberne 27 sager. 7 sager var ved årets udgang indbragt for domstolene.

Af de tilbageværende 20 sager er 6 sager blevet opfyldt helt eller delvist af selskabet. De 6 sager, der er opfyldt af selskaberne, omtales i afsnit 3.2. I 14 sager er det uvist, om sagen videreføres for domstolene. Det drejer sig om sagerne 96465, 98084, 98788, 98967, 99161, 99330, 99388, 99431, 99606, 99688, 99711, 99716, 100098, 100155.

3.1. Anfægtede sager. Afgjort ved dom i 2023.

4 anfægtede sager blev endelig afgjort ved dom i 2023, sag 94115 dog i 2024. Klagerne fik medhold i 3 sager og selskabet i en sag, som er omtalt i afsnit 3.1.3.

3.1.1. Sag 93143. Erhvervsevnetab. Sportsudøvelse.

Danica Pension.

Sagen er ikke offentliggjort på nævnet hjemmeside pga. personfølsomme oplysninger. Nedenfor gives et passende resume af sagen. Klageren var utilfreds med selskabets afslag på at yde dækning for tab af

Ankenævnet for Forsikring

erhvervsevne efter den 1/10 2018. Selskabet havde ydet dækning siden 2009 på grund af klagerens gener som følge af psoriasisigt. Selskabet anførte, at klagerens tilstand var bedret, og klageren ikke længere var berettiget til dækning. Selskabet henviste til offentligt tilgængelige oplysninger om klagerens aktiviteter som elitesportsudøver. Klageren anførte, at hans tilstand var betinget af hans ekstreme livsstil, og at hans sportsaktivitet var en måde at kapere sin sygdom på. Klageren anførte, at han fortsat var begrænset i sit funktionsniveau. Nævnets flertal fandt, at selskabet ikke havde bevist, at klagerens tilstand var forbedret i en grad, der medførte, at hans erhvervsevne ikke længere var nedsat i dækningsberettigende grad.

Selskabet anfægtede afgørelsen. Ved Københavns Byrets dom af 25/4 2023 fik klageren medhold. Af dommen fremgår:

"Rettens begrundelse og resultat

Indledning

Sagen angår, om [klageren] er berettiget til udbetaling for tab af erhvervsevne og præmiefritagelse fra den forsikring, han har tegnet hos Danica Pension. [Klageren] har ret til ydelserne, hvis hans erhvervsevne er nedsat med halvdelen eller mere på grund af sygdom eller ulykke.

[Klagerens] erhvervsevnetab

[Klageren] fik ved brev af 1. juli 2011 forlænget sin erhvervsevnetabsudbetaling og præmiefritagelse fra Danica Pension, idet selskabets lægekonsulent vurderede, at [klagerens] generelle erhvervsevne var nedsat til 1/3 eller mindre. Retten lægger til grund, at selskabets vurdering var baseret på dels de attester, som forinden var blevet indhentet på selskabets foranledning, og dels de attester, som blev indhentet i kommunalt regi, herunder speciallægeerklæring af 12. oktober 2010 og statusattest af 6. april 2011, begge udarbejdet af overlæge ...

I de lægelige oplysninger fremgår af notat af 6. november 2013 udarbejdet af afdelingslæge ..., under punktet "behandlingsplan", bl.a., at [klageren] dyrker [sport] og spiser efter syre-/basebalance, og at han skal se forløbet an og kontakte afdelingen ved nytilkomne symptomer og ellers 12 måneder efter.

Af notat af 13. november 2014 udarbejdet af [afdelingslæge] fremgår bl.a., at [klageren] klarer sig uden fast smertestillende, og at han dyrker motion og spiser efter faste retningslinjer. Det fremgår endvidere, at der ikke er indikation for at tilråde anden behandling end det, han allerede gør, og at han kan kontakte afdelingen ved nytilkomne gener frem til næste kontrol.

Det fremgår af notat af 15. januar 2016, at der den 19. januar 2016 blev sendt et brev til [klageren], idet han ikke mødte op til kontrol i Reumatologisk Ambulatorium den 15. januar 2016. Af teksten til brevet fremgår bl.a., at afdelingen foreslog, at forløbet blev afsluttet. Det fremgår endvidere af teksten, at [afdelingslægen] havde talt med [klageren] om hans måde at håndtere smerter, og at [afdelingslægens] anbefaling var at fortsætte den positive tilgang. Af notat af 19. januar 2016 fremgår, at [klageren] kontaktede afdelingen, idet han var ked af, at han havde misset sin tid den 15. januar 2016. Han blev enig med afdelingen om, at han ville henvende sig ved behov.

Af Danica Pensions brev til [klageren] af 17. juli 2018 fremgår, at begrundelsen for selskabets fornyede vurdering af hans erhvervsevnetab var, at selskabet var blevet bekendt med, at [klageren] var blevet aktiv [sportsudøver] på konkurrenceniveau, at han havde uddannet sig til ... og at han var blevet medicinfri. Selskabets lægekonsulent vurderede på den baggrund, at erhvervsevnen ikke var nedsat i et omfang, der berettigede til ydelser fra pensionsordningen.

Selskabet lagde endvidere vægt på oplysninger om, at [klageren] udøvede erhvervsvirksomhed.

Ankenævnet for Forsikring

Af overlæge ... erklæring af 5. august 2018 fremgår bl.a., at [klageren] lider af psoriasisgigt, og at det er overlægens vurdering, at [klageren]' aktuelle helbred er betinget af hans ekstreme livsstil med kostomlægning og daglig træning med [sport] på højt plan. Det fremgår endvidere, at [klageren] uden disse tiltag med stor sikkerhed ville være afhængig af hjælpemidler og ultimativt ville have en forventet kortere livstid. Endelig fremgår det, at fysisk aktivitet ud over [sport] ikke kan tilrådes.

Retslægerådet har i sin udtalelse af 3. marts 2022 i besvarelsen af spørgsmål 1 anført, at diagnosen psoriasisgigt er velbegrundet, og at [klageren] derudover har degenerative forandringer i nakke- og ryghvirvelsøjlen, som anses at være årsag til hans nakke- og rygsmerter. Der er ingen holdepunkter for rygsøjlegigt. I besvarelsen af spørgsmål 4 har Retslægerådet anført, at [klagerens] symptomer er beskrevet varierende, hvilket er sædvanligt for tilstande anført i besvarelsen af spørgsmål 1. Ved besvarelsen af spørgsmål 10 har Retslægerådet anført, at kostomlægning og træning kan have lindrende indflydelse på de subjektive symptomer, og at der ikke er sundhedsfaglig dokumentation for, at kostomlægning og daglig træning har nogen væsentlig betydning for forløbet af [klagerens] sygdom på længere sigt.

I besvarelsen af spørgsmål 12 har Retslægerådet udtalt, at [klagerens] helbredsmæssige tilstand, som den er beskrevet i de lægelige bilag, ikke er uforenelig med de aktiviteter, som fremgår af de oplysninger om [klageren], som Danica Pension har fremlagt, herunder oplysningerne om deltagelse i [sports]konkurrencer, foredragsvirksomhed mv. Retslægerådet har endvidere udtalt, at [klagerens] symptomer kan variere, og at subjektive smerter kan variere med fysiske og psykosociale forhold.

På den anførte baggrund lægger retten til grund, at [klageren] fortsat lider af psoriasisgigt. Der er ikke for retten fremlagt lægeattester eller speciallægeerklæringer, der nærmere belyser [klagerens] erhvervsevne i perioden fra 1. juli 2011 frem til i dag, og retten finder, at de lægelige oplysninger for perioden ikke i sig selv giver grundlag for at antage, at hans erhvervsevne er forøget til mere end halvdelen, sådan at han vil kunne arbejde ca. 18,5 timer om ugen. Retten bemærker herved, at det er anført i Retslægerådets udtalelse, at [klagerens] symptomer er beskrevet varierende, hvilket er sædvanligt, og at kostomlægning og træning kan have lindrende indflydelse på de subjektive symptomer, selv om der ikke er sundhedsfaglig dokumentation for, at disse forhold har nogen væsentlig betydning for [klagerens] sygdom på længere sigt.

Efter Retslægerådets udtalelse er de aktiviteter, som [klageren] har udført i form af [sports]konkurrencer, foredrag mv., og som Danica Pension har lagt til grund for sin vurdering i brevet af 17. juli 2018, ikke er uforenelige med [klagerens] helbredsmæssige tilstand. Retten finder, at denne udtalelse må lægges til grund ved vurderingen af [klagerens] erhvervsevnetab.

Herefter finder retten, at [klagerens] erhvervsevne udgør halvdelen eller mindre, og at [klageren] dermed er berettiget til udbetaling ved tab af erhvervsevne og præmiefritagelse fra sin forsikring hos Danica Pension. På denne baggrund tages [klageren]' påstand til følge.

Sagsomkostninger

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 200.000 kr. og af retsafgift med 59.540 kr., i alt 259.540 kr."

3.1.2. Sag 93585. Erhvervsevnetab. Observation. Ophævelse.

AP Pension.

Klageren var impliceret i et trafikuheld i februar 2015 og fik en whiplash læsion. Hun har gener i form af nakkespændinger, hovedpine, lyd- og lysfølsomhed, koncentrationsbesvær, nedsat overblik og hurtig udtrætning. Hun fratrådte sin stilling den 1/6 2016. Selskabet udbetalte midlertidige ydelser frem til 1/11 2017,

Ankenævnet for Forsikring

hvor selskabet standsede ydelserne med henvisning til, at klagerens generelle erhvervsevne ikke var nedsat med mindst halvdelen. Selskabet iværksatte observationer af klageren den 16/1-17/1 2018, den 26/2-2/3 og den 5/3-9/3 2018. Selskabet fastholdt afgørelsen og ophævede erhvervsevnetabsforsikringen begrundet med, at klageren havde handlet illoyalt over for selskabet. Nævnets flertal fandt, at klagerens generelle erhvervsevne var nedsat med mindst halvdelen. Flertallet fandt, at selskabet ikke havde bevist, at klagerens adfærd havde været af en sådan illoyal karakter, at selskabet var berettiget til at ophæve forsikringen.

Selskabet anfægtede afgørelsen med henvisning til klagerens daglige aktivitetsniveau. Ved Københavns Byrets afgørelse af 14/8 2023 fik klageren medhold. Af dommen fremgår:

"Rettens begrundelse og resultat

Det lægges til grund, at sagsøgeren den 10. februar 2015 var impliceret i en færdselsulykke i udlandet, idet den taxa, hun var passager i, blev påkørt bagfra.

Sagsøgeren har som udgangspunkt ret til invalidepension og præmiefritagelse i henhold sin til pensionsordning med dækning for erhvervsevnetab hos sagsøgte, hvis hendes generelle erhvervsevne er nedsat med 50 % eller mere.

Retten bemærker herved, at sagen efter indholdet af speciallægeerklæringen af 20. juli 2017 ikke findes at angå en undtagelsessituation som omhandlet i forsikringsbetingelsernes § 32, stk. 2, litra c.

Sagsøgeren har bevisbyrden for, at betingelsen er opfyldt.

De forhold, at der i arbejdsskadesagen er fastsat erhvervsevnetab på 80-90 procent, og at sagsøgeren er tilkendt fleksjob, er ikke i sig selv tilstrækkelige til at løfte bevisbyrden. Retten finder imidlertid efter en samlet bedømmelse af beviserne i sagen, herunder også de foreliggende speciallægeerklæringer og øvrige lægelige oplysninger, oplysningerne om resultatet af arbejdsprøvningen, oplysningerne om sagsøgerens indtægtsforhold og forklaringerne afgivet af sagsøgeren, jobkonsulent A, speciallæge B og praktiserende læge C, at sagsøgeren har løftet bevisbyrden for, at hendes generelle erhvervsevne som følge af færdselsulykken den 10. februar 2015 fra 1. november 2017 og frem har været nedsat med 50 % eller mere. Retten bemærker herved, at det efter jobkonsulent A's forklaring og det i øvrigt foreliggende lægges til grund, at arbejdsprøvningen er sket på en kvalificeret måde og på tilstrækkelig måde belyser sagsøgerens generelle arbejdssevne. Det er vurderet, at sagsøgeren vil være i stand til at varetage tilpassede arbejdsfunktioner i et omfang på omkring 3 arbejdsdage a 2-2½ time ugentlig.

Retten finder ikke, at Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2, hvorefter det anses for under 50 % sandsynligt, at sagsøgerens symptomer kan henføres til ulykkestilfældet, kan føre til andet resultat.

Retten finder heller ikke, at de foreviste videosekvenser optaget af sagsøgtes observatører kan føre til andet resultat. Materialet, som hidrører fra en kort periode, viser sagsøgeren i dagligdags situationer, hvor hun ikke foretager fysisk eller kognitivt krævende handlinger. Det er et spørgsmål af lægefaglig karakter, om de aktiviteter, som sagsøgeren har foretaget, er uforenelige med de lægelige oplysninger i sagen, jf. U 2017.2147H. Retslægerådet har ikke udtalt sig herom, og de skriftlige udtalelser fra sagsøgtes lægekonsulenter, hvis navne først er oplyst under hovedforhandlingen, findes ikke at udgøre tilstrækkeligt bevis herfor.

Heller ikke det i øvrigt af sagsøgte anførte, herunder om sagsøgerens engagement i forhold til sine børn, kan føre til andet resultat.

Sagsøgerens påstand tages herefter til følge.

For så vidt angår sagens omkostninger tages der hensyn til sagens værdi (ca. 11 mio. kr.), udfald og forløb, samt at sagsøgeren har fri proces og retshjælpsdækning med et maksimum på 175.000 kr. Fri

Ankenævnet for Forsikring

procesdækningen er subsidær i forhold til retshjælpsdækningen. Sagsøgte skal til statskassen betale 150.000 kr. svarende til den retsafgift, der i forhold til sagens værdi på ca. 11 mio. kr. skulle have været betalt, hvis der ikke havde været fri proces. Sagsøgte skal endvidere betale 450.000 kr. svarende til et passende beløb til dækning af modpartens udgifter til advokatbistand inkl. moms. De 450.000 kr. skal betales med 175.000 kr. til sagsøgeren og 275.000 til statskassen."

3.1.3. Sag 94115. Bilforsikring. Urigtige risikooplysninger. Regres for dækket ansvarsskade.

Alm. Brand Forsikring A/S

Selskabet fremsatte krav om delvis tilbagebetaling af erstatning i forbindelse med ansvarsskade og kaskoskade. Selskabet anførte, at klagerens barn var den faste bruger af bilen, hvorfor selskabet krævede en del af skadeudgiften - svarende til forholdet mellem den korrekte præmie og den faktisk betalte præmie - tilbagebetalt af klageren. Selskabet anførte, at klageren havde oplyst, at barnet brugte bilen 2-3 gange om ugen, og at barnet havde omtalt bilen som sin egen. Nævnet fandt, at selskabet havde bevist, at klageren havde afgivet urigtige risikooplysninger ved forsikringens tegning, og at dette kunne tilskrives klageren som uagtsomt. Nævnet fandt, at selskabet var berettiget til at opgøre erstatningen for kaskoskaden som pro rata erstatning, og at selskabet kunne kræve delvis tilbagebetaling af den udbetalte erstatning for kaskoskaderne. Nævnet fandt imidlertid, at selskabet havde været uberettiget til alene at tage udgangspunkt i den isolerede aftalte præmie for kaskodækningen ved beregningen af pro rata erstatningen for kaskoskaden. Nævnet fandt, at beregningen måtte tage udgangspunkt i den samlede præmie for ansvars- og kaskodækningerne (inkl. retsafgift), idet nævnet lagde til grund, at præmien for ansvarsforsikringen indgik som en ufravigelig bestanddel af præmien, der skulle betales for enhver autoforsikring. Nævnet fandt i relation til ansvarsskaden, at selskabet, jf. færdselslovens § 108, ikke var berettiget til at rette et regreskrav imod klageren, og at selskabet alene kunne opkræve en forhøjet præmie hos klageren for ansvarsforsikringen fra forsikringens tegning. Nævnet henviste til afgørelserne i sagerne 89232, 90216 og 92681.

Selskabet anfægtede afgørelsen. Selskabet anførte dels, at pro rata-erstatningen kunne beregnes isoleret set ud fra kaskopræmien, dels at selskabet kunne kræve regres hos klageren for den udbetalte erstatning for ansvarsskaden. Under retssagen frafaldt selskabet påstanden om, at pro rata-erstatningen kunne beregnes alene ud fra kaskopræmien.

Af Københavns Byrets dom af 21/10 2021 fremgår:

"Retten begrundelse og resultat

Efter bevisførelsen lægger retten til grund, at [barnet] brugte den omhandlede bil 2 gange om ugen til skole, at [barnet] omtalte bilen som sin, at bilen blev købt, da [barnet] havde fået kørekort, samt at [barnet] selv købte en bil umiddelbart efter bilen var blevet totalskadet, fordi hun efter sin forklaring, skulle have noget at køre i. Hertil kommer, at hun ved begge uheld var fører af bilen. Retten finder det ikke godtgjort, at sagsøgte havde vejledt sagsøgeren om, at det var tilstrækkeligt, at der blev noteret "ung bilist", idet dette blandt andet forudsatte, at [barnet] var hjemmeboende, hvilket efter sagsøgerens og [barnets] forklaringer ikke var tilfældet. På denne baggrund finder retten det godtgjort, at sagsøgerens [barn] var bruger af den omhandlede [bil], og at forsikringspræmien ville have været højere, hvis de rette brugerforhold var blevet oplyst ved forsikringens tegning. Sagsøgte frifindes derfor for den af sagsøgeren nedlagte principale påstand. Sagsøgte har nedlagt påstand om, at sagsøgeren i medfør af færdselslovens § 108, stk. 2, hæfter for regreskrav fra sagsøgte med 51.492, 62 kr. Efter færdselslovens § 108, stk. 1,

Ankenævnet for Forsikring

hæfter selskabet umiddelbart overfor skadelidte. Det fremgår af færdselslovens § 108, stk. 2, at "... en aftale mellem forsikringsselskabet og forsikringsmodtageren om, at selskabet skal have regres mod den, der efter § 104 er ansvarlig for skaden, når forsikringsbegivenheden er fremkaldt af den ansvarlige ved uagtsomhed, har kun retsvirkning, hvis forsikringsbegivenheden er fremkaldt ved en uagtsomhed, der kan betegnes som grov hensynsløshed." Retten finder ikke sagsøgte har godtgjort, at den uagtsomhed, sagsøgeren har udvist, kan betegnes som grov hensynsløshed, hvorfor der ikke gives medhold i sagsøgtes påstand 2." Retten ophævede sagens omkostninger, så hver part betalte egne omkostninger. Selskabet ankede afgørelsen.

Af dom af 22/12 2022 fra Østre Landsret fremgår:

"Landsrettens begrundelse og resultat

[Klageren] tegnede hos Alm. Brand Forsikring A/S en kombineret ansvars- og kaskoforsikring for en personbil, som kort efter med en måneds mellemrum blev involveret i to færdselsuheld, første uheld ved at påkøre en anden bil, mens andet uheld var et solouheld, hvor bilen blev totalskadet. Ved begge færdselsuheld var [klagerens barn], som ikke er omtalt i forsikringspolisen, fører af bilen. Sagen angår, om [klagerens barn] var fast bruger af bilen, og i bekræftende fald om Alm. Brand Forsikring A/S under henvisning til urigtige risikooplysninger er berettiget til at opgøre erstatningen for kaskoskaderne på [klagerens] bil og erstatningen for ansvarsskaden på modpartens bil ud fra pro rata beregninger efter forsikringsaftalelovens § 6, herunder om bestemmelsen i færdselslovens § 108 udgør en begrænsning i forsikringsselskabets adgang til at gøre regres mod [klageren] for en forholdsmæssig del af den udbetalte erstatning vedrørende ansvarsskaden. Efter de foreliggende oplysninger må det lægges til grund, at bilen blev købt i forbindelse med, at [klagerens barn] fik kørekort, hvorefter der var registreret tre biler på adressen, at [klagerens barn] var fører af bilen ved begge uheld, at både [klageren] og [klagerens barn] har forklaret, at [klagerens barn] brugte bilen 2-3 gange om ugen, at [klagerens barn] på lydoptagelser flere gange omtaler bilen som sin egen, og at [klageren] har forklaret, at [klagerens barn] efter bilens totalbeskadigelse i hans navn købte en ny bil, som hun er fast bruger af. Landsretten finder det herefter godtgjort, at [klagerens barn] var fast bruger af den totalbeskadigede bil, og at [klagerens] således ikke har givet korrekte risikooplysninger til Alm. Brand Forsikring A/S, hvilket må tilskrives ham som uagtsomt. Betingelserne i forsikringsaftalelovens § 6 for at opgøre erstatningerne for såvel kaskoskaderne som ansvarsskaden ud fra pro rata beregninger er derfor opfyldt. Spørgsmålet er imidlertid, om bestemmelsen i færdselslovens § 108 udgør en begrænsning i forsikringsselskabets adgang til at gøre regres mod [klageren] for en forholdsmæssig del af den udbetalte erstatning vedrørende ansvarsskaden. Det fremgår af forarbejderne til færdselslovens § 108, stk. 2, at bestemmelsen ikke tilsigter at gøre indskrænkning i et forsikringsselskabs adgang til at søge hel eller delvis regres mod den sikrede på grundlag af bl.a. urigtige risikooplysninger. Landsretten finder derfor, at bestemmelsen ikke begrænser Alm. Brand Forsikring A/S' adgang til regres mod [klageren] på grund af afgivelse af urigtige risikooplysninger. Herefter, og da den beløbsmæssige opgørelse af Alm. Brand Forsikring A/S' krav bestående af for meget udbetalt erstatning for kaskoskaderne og regres for en forholdsmæssig del af den udbetalte erstatning for ansvarsskaden er ubestridt, tager landsretten forsikringsselskabets betalingspåstand til følge. Landsretten stadfæster følgelig byrettens bestemmelse om, at forsikringsselskabet frifindes for [klagerens] anerkendelsespåstand." Klageren blev pålagt at betale 31.500 kr. i sagsomkostninger for begge retter til selskabet.

Klageren fik tredjeinstansbevilling. Af Højesterets dom af 19/2 2024 fremgår:

Ankenævnet for Forsikring

Højesterets begrundelse og resultat

Sagens baggrund og problemstilling

A tegnede en ansvars- og kaskoforsikring for en personbil hos Alm. Brand Forsikring A/S. Hans datter B var som fører af bilen involveret i to færdselsuheld. Ved det ene uheld forårsagede hun skader på bilen og på en anden bil, og hun blev anset for at være ansvarlig for skaderne. Det andet uheld var en solo-ulykke, hvor bilen blev totalskadet. Alm. Brand Forsikring udbetalte erstatning til ejeren af den anden bil og i første omgang også til A i anledning af begge kaskoskader. B var ikke anført som bruger af bilen på forsikringspolice.

Sagen angår, om Alm. Brand Forsikring kan gøre et regreskrav vedrørende ansvarsskaden og et tilbagebetalingskrav vedrørende kaskoskaderne gældende over for A under henvisning til, at han ikke havde oplyst selskabet om omfanget af Bs brug af bilen.

Forsikringsaftaleloven og færdselsloven

Forsikringsaftalelovens §§ 4-10 indeholder regler om urigtige oplysninger ved forsikringsaftalens afslutning.

Forsikringsaftaleloven § 6, stk. 1, bestemmer, at i den situation, hvor en forsikringstager, uden at forholdet omfattes af § 4 eller § 5, har givet urigtig oplysning, er forsikringsselskabet fri for ansvar, hvis selskabet kan antages ikke at ville have overtaget forsikringen, om det rette forhold havde været oplyst. Ifølge § 6, stk. 2, 1. pkt., hæfter selskabet i det omfang, i hvilket det mod den aftalte præmie ville have forpligtet sig, hvis det må antages, at selskabet ville have overtaget forsikringen, men på andre vilkår (pro rata).

Efter lovens § 7 har forsikringstagerens undladelse af at give oplysning ingen indflydelse på selskabets ansvar, medmindre han burde være klar over, at den ikke oplyste omstændighed var af betydning for selskabet, og hans forhold kan tilregnes ham som grov uagtsomhed. I så fald anses han, som om han havde givet urigtig oplysning, jf. § 6.

Højesteret bemærker, at forsikringsaftalelovens § 6 og § 7 er udfyldende regler, der gælder, hvis ikke andet er aftalt, jf. lovens § 3 og § 10. Det er derfor ikke en forudsætning for, at selskabet kan påberåbe sig begrænsninger i hæftelsen efter forsikringsaftalelovens § 6 og § 7, at selskabet har taget forbehold om det i forsikringsaftalen.

Ifølge færdselslovens § 108, stk. 2, har en aftale mellem forsikringsselskabet og forsikringstageren om, at selskabet skal have regres mod den, der efter lovens § 104 er ansvarlig for skaden, når forsikringsbegivenheden er fremkaldt af den ansvarlige ved uagtsomhed, kun retsvirkning, hvis forsikringsbegivenheden er fremkaldt ved en uagtsomhed, der kan betegnes som grov hensynsløshed.

Af bestemmelsens forarbejder (Folketingstidende 1985-86, tillæg A, lovforslag nr. L 7, sp. 333, og betænkning nr. 1036/1985, s. 116) fremgår, at bestemmelsen alene angår aftaler om regres, hvor regressen er begrundet i den ansvarliges forhold med hensyn til fremkaldelse af forsikringsbegivenheden. Det er anført, at bestemmelsen ikke tilsigter at gøre indskrænkning i adgangen til efter almindelige forsikringsprincipper at søge hel eller delvis regres mod den sikrede på grundlag af bl.a. urigtige risikoplysninger.

Højesteret tiltræder, at færdselslovens § 108, stk. 2, efter bestemmelsens ordlyd og forarbejder er uden betydning for et forsikringsselskabs adgang til at gøre krav om regres og tilbagebetaling gældende under henvisning til begrænsninger i hæftelsen efter forsikringsaftalelovens § 6 og § 7.

Den konkrete sag

A anmodede i august 2018 Alm. Brand Forsikring om at forsikre bilen. Han var i den forbindelse i telefonisk kontakt med selskabet. Alm. Brand Forsikring sendte ham forsikringspolice den 16. oktober 2018. I policen er han anført som ejer og bruger. Under overskriften "Faktisk bruger" er det anført, at præmien er

Ankenævnet for Forsikring

beregnet på grundlag af, at den faktiske bruger er den samme som den registrerede bruger eller dennes ægtefælle eller samlever. Det fremgår endvidere, at erstatningen kan nedsættes eller bortfalde, hvis det i forbindelse med en skade konstateres, at den faktiske bruger er en anden end den, der er forudsat i vurderingen af risikoen.

Af de grunde, som landsretten har anført, tiltræder Højesteret, at B var fast bruger af bilen.

Højesteret lægger til grund, at A ikke i forbindelse med indgåelsen af forsikringsaftalen oplyste Alm. Brand Forsikring om, at B var fast bruger af bilen.

Højesteret finder, at den omstændighed, at B var fast bruger af bilen, var af betydning for Alm. Brand Forsikring, og at A burde have været klar over dette.

På den anførte baggrund finder Højesteret, at As forhold må tilregnes ham som groft uagtsomt. Han skal derfor efter forsikringsaftalelovens § 7 anses, som om han har givet urigtig oplysning, jf. § 6.

Højesteret tiltræder herefter, at betingelserne i forsikringsaftalelovens § 6 for at opgøre erstatningerne for kaskoskaderne og ansvarsskaden ud fra pro rata-beregninger er opfyldt.

Højesteret finder, at det følger af almindelige forsikringsretlige principper, at et forsikringsselskab i denne situation som udgangspunkt kan gøre regres og kræve tilbagebetaling hos forsikringstageren. I overensstemmelse med dette udgangspunkt finder Højesteret, at Alm. Brand Forsikring har grundlag for at rejse et regreskrav vedrørende ansvarsskaden og et tilbagebetalingskrav vedrørende kaskoskaderne.

Da den beløbsmæssige opgørelse af Alm. Brand Forsikrings krav mod A er ubestridt, stadfæster Højesteret landsrettens dom."

For Højesteret blev klageren pålagt at betale 20.000 kr. i sagsomkostninger til selskabet.

3.1.4. Sag 94469. Bilforsikring. Klonet bil. Ulovlig interesse. Urigtige risikooplysninger.

Topdanmark Forsikring.

Klagerens bil var impliceret i en trafikulykke. Værkstedet konstaterede, at bilens stelnummer var ændret fra det oprindelige, og at der således var tale om en klonet bil. Bilen med det oprindelige stelnr. var blevet stjålet i 2011 og erstattet af et andet selskab. Klageren anførte, at han intet kendskab havde til disse forhold, men blot havde købt bilen hos en autoforhandler ca. ½ år forinden. Selskabet afviste dækning og tilbagebetalte præmien til klageren med henvisning til, at den forulykkede bil ikke var forsikret i selskabet. Selskabet anførte, at klagerens eventuelle gode/onde tro ikke havde betydning. Nævnet fandt, at selskabet ikke havde godtgjort, at fejl i registrerede data om bilen – herunder stelnummer, mærke mv. – i sig selv kunne føre til, at der ikke var nogen forsikring. Det afgørende var, om der var den nødvendige sikkerhed for, hvilket fysisk køretøj forsikringen omhandlede. Nævnet fandt, at der ikke var rimelig tvivl om, at den forulykkede bil var den, som parterne havde indgået forsikringsaftale om. Nævnet lagde vægt på, at der ikke var godtgjort nogen forvekslingsrisiko med et andet køretøj. Nævnet fandt, at det ikke var sandsynliggjort, at der forelå retsstridige forhold hos klageren angående bilens identitet og det reelle ejerskab. Nævnet fandt, at bilen og føreransvaret udgjorde en lovlig interesse, der kunne forsikres af klageren, jf. FAL § 35. Nævnet fandt, at selskabet skulle anerkende, at bilen var forsikret på skadetidspunktet og skulle dække ansvarsskaden. Nævnet kunne ikke pålægge selskabet at yde erstatning til klageren over kaskoforsikringen, idet ejendomsretten til bilen var blevet vindiceret af det forsikringsselskab, der havde betalt erstatning i 2011, hvorefter klageren ikke havde en forsikringsretlig interesse i, at bilens skader blev udbedret. At ejendomsretten var blevet vindiceret, udgjorde ifølge nævnet ikke en dækningsberettigende forsikringsbegivenhed.

Ankenævnet for Forsikring

Selskabet anfægtede afgørelsen. Selskabet anførte, at der var oplysninger, der tydede på, at klageren var bekendt med, at der var tale om en klonet bil, og at klageren på den baggrund havde afgivet urigtige risikooplysninger (hvilket ikke klart var påberåbt af selskabet for nævnet). Selskabet mente, at der var tale om ulovlig interesse, jf. FAL § 35. Sagen blev henvist til landsretten som 1. instans. Klageren tog under hovedforhandlingen bekræftende til genmæle over DFIM's påstand om betaling af 113.494,31 kr. Klageren havde derfor betalt den skadelidtes krav, da sagen blev afgjort af landsretten, og spørgsmålet var herefter om klageren kunne rette kravet mod ansvarsforsikringen. Sagen for landsretten vedrørte ikke, om klageren havde krav på kaskodækning.

Af Vestre Landsrets dom af 12/10 2023 fremgår:

"Landsrettens begrundelse og resultat

Identitet

Der er enighed om, at Forsikringsselskab1 den 27. september 2018 efter anmodning fra A udstedte en forsikringspolice med bl.a. dækning af ansvar for en Mercedes-Benz, model [A], med registreringsnummer [Nummer], og at han kort forinden havde købt en Mercedes-Benz, der i Motorregistret blev omregistreret til dette registreringsnummer. Der er endvidere enighed om, at det var A's Mercedes-Benz med det nævnte registreringsnummer, som var involveret i et færdselsuheld i [udlandet] med skade til følge.

Det fremgår ikke af forsikringspolice eller sagens øvrige oplysninger, at det er en forudsætning for motoransvarsforsikringens dækning, at samtlige data oplyst ved forsikringsaftalens indgåelse er korrekte, og at forkerte oplysninger automatisk fører til, at motoransvarsforsikringen ikke er dækkende.

Der er også enighed om, at Mercedes-Benz'en var udstyret med et andet registreret stelnummer end det originale, dvs. at bilen var "klonet", og at der var tale om en Mercedes-Benz, model [B]. Forsikringsselskab1 har på den baggrund gjort gældende, at der ikke er identitet mellem det køretøj, som A har tegnet forsikring for, og det køretøj, som var involveret i uheldet.

Det må bero på en konkret vurdering af sagens omstændigheder, om det med den fornødne sikkerhed kan identificeres, hvilket fysisk køretøj der er omfattet af en forsikring.

Som anført fremgik bilens registreringsnummer af forsikringspolice. Stelnummeret fremgik derimod ikke af forsikringspolice. Landsretten finder på den baggrund og i øvrigt efter en samlet vurdering af de øvrige oplysninger i police om fabrikat, model, variant, drivmiddel mv., at der ikke foreligger nogen reel tvivl om, at forsikringen omfattede A's Mercedes-Benz, og at der ikke var risiko for forveksling med andre biler. Det kan ikke føre til en anden vurdering, at enkelte oplysninger i police om model mv. ikke var fuldt korrekte.

Ophævelse af forsikringen/lovlig interesse i forsikringen

Forsikringsselskab1 har desuden gjort gældende, at selskabet har tegnet ansvarsforsikring for A's Mercedes-Benz under den urigtige forudsætning, at bilen kunne indregistreres, og at selskabet derfor er berettiget til at ophæve forsikringsaftalen med tilbagevirkende kraft. Selskabet har i den forbindelse også anført, at tegning af forsikring for en klonet bil ikke udgør en lovlig interesse i forsikringsaftalelovens § 35's forstand, og at indgåelse af en forsikringsaftale for en klonet bil er i strid med lov og ærbarhed, jf. Danske Lov 5-1-2.

Det følger af færdselslovens § 101, at den ansvarlige for et motordrevet køretøj er erstatningsansvarlig på objektivet grundlag for de skader, som køretøjet volder ved færdselsuheld. Krav om erstatning for skader forvoldt af motordrevne køretøjer skal efter færdselslovens § 105 være dækket af en ansvarsforsikring.

Ankenævnet for Forsikring

Efter § 3, stk. 1, i bekendtgørelsen om ansvarsforsikring for køretøjer mv. skal forsikringsselskabet tegne forsikringen således, at ethvert forsikringsansvar i forhold til skadelidte påhviler selskabet.

Formålet med den lovpligtige motoransvarsforsikring er dermed at sikre dækning af erstatningsansvaret efter færdselsloven således, at der i forhold til skadelidte er dækning for de skader, som den ansvarlige for et motordrevet køretøj måtte forårsage i forbindelse med færdselsuheld.

Forsikring & Pensions responsumudvalg har på spørgsmål, om det må anses for at være i overensstemmelse med god forsikringsskik og praksis, at et motor-ansvarsforsikringsselskab afviser at udbetale erstatning til en skadelidt, hvis motoransvarsforsikringen bliver bekendt med, at skaden er forvoldt af et motordrevet køretøj, der er klonet, svaret nej og henvist til, at den sikrede interesse på en motoransvarsforsikring er en hæftelse på objektivet grundlag over for skadelidte, at denne hæftelse ikke påvirkes af, om køretøjet har været klonet, og at den forsikringsmæssige interesse ikke kan anses for at være ulovlig.

På den baggrund og efter formålet med den lovpligtige motoransvarsforsikring og indholdet af forsikringsaftalen finder landsretten, at Forsikringsselskab1 ikke kunne ophæve ansvarsforsikringen med tilbagevirkende kraft med den virkning, at selskabet ikke skal dække den skade, der blev forvoldt ved færdselsuheldet. Landsretten bemærker herved, at et forsikringsselskab, der oppebærer forsikringspræmier for klonede køretøjer, i det omfang det ikke er kendt, at køretøjet er klonet, som udgangspunkt må være nærmest til at bære risikoen for, at et køretøj siden viser sig at være klonet.

Efter forsikringsaftalelovens § 35, 1. pkt., er det alene muligt at tegne forsikring for en lovlig interesse. Landsretten finder efter det, der er anført ovenfor, at A's interesse i ikke selv at skulle udbetale erstatning som følge af det erstatningsansvar, han måtte pådrage sig i henhold til færdselsloven, udgør en lovlig interesse i bestemmelsens forstand. Det er på den baggrund og efter sagens oplysninger i øvrigt ikke godtgjort, at forsikringsaftalen er indgået i strid med forsikringsaftalelovens § 35.

Landsretten finder heller ikke grundlag for at anse forsikringsaftalen for ugyldig i medfør af Danske Lov 5-1-2.

Risikooplysninger/ond tro

Forsikringsselskab1 har endelig gjort gældende, at A har afgivet urigtige risikooplysninger ved tegning af forsikringen, og at han ikke har bevist, at han var i god tro herom.

Efter A's forklaring og indholdet af forsikringspolice lægger landsretten til grund, at forsikringsaftalen blev indgået på baggrund af oplysninger fra A, og at A under en telefonsamtale med en repræsentant fra Forsikringsselskab1 blandt andet oplyste bilens stelnummer.

Som anført ovenfor er der enighed om, at Mercedes-Benz'en retteligt var en model [B], og at bilen var blevet påført et andet stelnummer end det originale.

Landsretten finder herefter, at der objektivet er afgivet urigtige oplysninger ved forsikringsaftalens indgåelse.

De oplysninger, som A afgav i forbindelse med tegningen af forsikringen, stemmer med oplysningerne fra slutsedlen om hans køb af bilen. Herefter og efter A's forklaring om forløbet ved købet af bilen sammenholdt med sagens øvrige oplysninger lægger landsretten til grund, at A var i god tro om oplysningerne og således ikke har udvist uagtsomhed.

Forsikringsselskab1 er derfor forpligtet i henhold til ansvarsforsikringen, som om urigtig oplysning ikke forelå, jf. forsikringsaftalelovens § 5.

Konklusion

Landsretten tager A's påstand om, at Forsikringsselskab1 skal betale ham 113.494,31 kr., til følge.

Sagsomkostninger

Ankenævnet for Forsikring

...

Efter udfaldet af sagen mellem Forsikringsselskab1 og A skal Forsikringsselskab1 betale sagsomkostninger med i alt 53.030 kr. til A. Af dette beløb udgør 50.000 kr. dækning af udgifter til advokatbistand og 3.030 kr. dækning af retsafgift. Der er ved fastsættelsen af beløbet vedrørende udgift til advokat taget hensyn til sagens værdi, omfang og forløb, herunder at sagen har været forelagt for Forsikring & Pensions responsudvalg."

3.2. Anfægtede sager. Forligt i 2023.

9 anfægtede sager blev i 2023 forligt. Heraf er 6 af sagerne afgjort af nævnet i 2023, mens de øvrige 3 sager er afgjort i tidligere år. Alle sagerne blev forligt i klagerens favør.

3.2.1. Sag 91827. Ulykkesforsikring. Årsagssammenhæng.

Alm. Brand Forsikring.

Klagerens ægtefælle døde af nekrotiserende faciitis efter infektion i et myggestik. Selskabet afviste dækning med henvisning til manglende årsagssammenhæng. Nævnet fandt, at de bakterier – der havde forårsaget infektionen – var ført ind i såret i en så nær tidsmæssig sammenhæng med ulykkestilfældet, at der var årsagsforbindelse mellem ulykkestilfældet og dødsfaldet. Uanset at myggestik sædvanligvis er en uproblematisk hændelse, der ikke medfører varige følger endsige døden, fandt nævnet, at selskabet ikke var berettiget til at afvise klagers krav med henvisning til manglende adækvans. Nævnet lagde vægt på, at selskabet havde valgt at dække insektstik som ulykkestilfælde, og at der ikke i forsikringsbetingelserne var indlagt særlige forudsætninger om, at det skulle være selve insektets stik i form af gift eller lignende, som udgjorde den dækningsberettigede hændelse.

Selskabet anfægtede afgørelsen og henviste til, at der ikke var tilstrækkelig tidsmæssig sammenhæng mellem myggestikket og infektionen, og at klagerens forudbestående sygdomme – herunder diabetes – var hovedårsag til, at tilstanden havde udviklet sig så voldsomt.

Sagen blev indbragt for retten af klageren. Selskabet har oplyst, at sagen blev forligt med betaling af 50 % af påstandsbeløbet, efter at Retslægerådet havde afgivet udtalelse.

3.2.2. Sag 92835. Erhvervsevnetab. Observation.

AP Pension.

Klageren var utilfreds med, at selskabet standsede udbetalingen af helbredsbedingede ydelser pr. 1/12 2017. Efter observation af klageren vurderede selskabet, at klagerens funktionsniveau ikke var i overensstemmelse med det oplyste om hendes gener i de lægelige bilag og i de funktionsattester, som klageren havde udfyldt. Selskabet henviste til oplysninger fra en motionsapp om gå- og cykelture. Nævnets flertal fandt, at klageren havde godtgjort, at hendes generelle erhvervsevne var nedsat med mindst halvdelen efter den 1/12 2017. Nævnets flertal fandt det betænkeligt at lægge til grund, at klagerens funktionsniveau på de videofilmede sekvenser var uforenelige med de gener, som fremgik af de lægelige bilag og med de funktionsattester, som klageren havde udfyldt.

Ankenævnet for Forsikring

Selskabet anfægtede afgørelsen og henviste til, at klagerens arbejdsprøvnings havde været utilstrækkelige, og at videodokumentationen godtgjorde, at klagerens erhvervsevne ikke var nedsat i dækningsberettigende grad.

Sagen blev indbragt for retten. Selskabet har oplyst, at sagen er forliget ved, at selskabet betaler fuld præmiefritagelse fra 1/12 2017 til 30/9 2023. Herefter betales halv præmiefritagelse og 50 % TAE-ydelser. Klageren afskriver sig ret til TAE-ydelser fra 2017 til 2023.

3.2.3. Sag 95293. Erhvervsevnetab. Rådgivning. Leverandørskifte.

Sampension Livsforsikring A/S.

Klageren var udsat for en arbejdsulykke i 2017 og har derefter været sygemeldt. Den 23/8 2018 anmeldte klageren, at hun var opsagt, havde lønophør den 1/8 2018 og fik sygedagpenge. Hun var i 2015 blevet virksomhedsoverdraget til ny arbejdsgiver, hvilket indebærer, at hun overgik til arbejdsgiverens firmapensionsordning hos et andet selskab fra den 1/4 2018, hvor den gældende overenskomst udløb. Selskabet sendte klageren et brev om, at hendes pensionsordning var ændret til en præmiefri forsikring, da hendes arbejdsgiver ikke længere betalte præmie til ordningen. Det fremgik af brevet, at dækningen på gruppelivsforsikringen var bortfaldet den 1/4 2018. Klageren henvendte sig igen til selskabet den 11/9 2018, fordi det nye selskab havde afvist at tegne forsikring ved tab af erhvervsevne. Selskabet afviste, at klageren havde ret til dækning fra gruppelivsforsikringen. Selskabet anførte, at det var en betingelse for dækning ved invaliditet, at klageren var fratrådt sin stilling, og lønudbetaling var ophørt, og at hun var tilkendt en af de offentlige ydelser, der var beskrevet i forsikringsbetingelserne. Klageren kunne dermed tidligst opfylde betingelserne den 1/8 2018, hvor hun fratrådte sin stilling. På det tidspunkt var dækningerne bortfaldet som følge af, at klagerens pensionsordning var overgået til andet selskab. Nævnet fandt, at selskabet den 11/9 2018 burde have rådgivet klageren om hendes mulighed efter forsikringsbetingelserne for at fortsætte pensionsordningen og om dækninger fra gruppelivsforsikringen. Nævnets flertal fandt herefter, at selskabet skulle tilbyde klageren at fortsætte pensionsordningen og dækningen for udbetaling/præmiefritagelse ved offentlige førtidspension m.v., og at selskabet skulle behandle klagerens anmodning om udbetaling af helbredsbedingede ydelser.

Selskabet anfægtede afgørelsen og anførte, at vilkårene for klagerens pensionsordning ikke hjemlede nogen rettigheder til individuel videreførelse af dækningerne, herunder dækningerne fra gruppelivsforsikringen i tilfælde af virksomhedsoverdragelse. Selskabet bemærkede, at det i sådanne tilfælde kun er muligt for enkeltkunden at videreføre ordningen, hvis selskabet er forpligtet til at tilbyde dette i henhold til virksomhedsomdannelsesaftalen.

Selskabet har oplyst, at sagen er forliget, så der udbetales invalideydelser og advokatomkostninger.

3.2.4. Sag 98064. Pensionsordning. Jobskifteaftalen. Klausulering. Rådgivning.

Danica.

Klageren oprettede den 11/12 2020 i forbindelse med et jobskifte en ordning i selskabet pr. 1/11 2020. Den 11/12 2020 oplyste selskabet, at ordningen var oprettet, men at klagerens forsikringsdækninger afhang af, at hun kunne give tilfredsstillende helbredsoplysninger. Klageren afholdt den 20/1 2021 et møde med selskabets pensionsrådgiver, som ifølge klageren oplyste, at forsikringsdækninger kunne overføres fra det tidligere selskab. Den 12/2 2021 havde klageren endnu et møde med rådgiveren, hvorefter hun udfyldte et

Ankenævnet for Forsikring

Samtykke, så selskabet kunne anvende jobskifteaftalen til mulig overførsel af klagerens risikodækning hos det tidligere pensionsselskab. Klageren valgte den 25/2 2021 at ændre sin ordning i selskabet, hvorfor hun samme dag modtog et brev, hvor det igen fremgik, at forsikringsdækninger afhang af helbredsoplysninger, og at hun fortsat manglede at afgive disse. Klageren kontaktede igen rådgiveren, som den 26/2 2021 oplyste, at hun ikke skulle afgive helbredsoplysninger, da hun havde udfyldt et samtykke. Klageren kontaktede rådgiveren i midten af marts 2021, idet hun igen havde modtaget et brev om de manglende helbredsoplysninger. Rådgiveren oplyste den 16/3 2021, at hun skulle afgive helbredsoplysninger, og at samtykket herefter kunne bruges til at indhente helbredsoplysninger fra det tidligere pensionsselskab. Selskabet valgte på baggrund af de afgivne helbredsoplysninger at indsætte et forbehold for rygskader. Selskabet anførte, at det var beklageligt, at selskabets medarbejder havde givet klageren forkerte oplysninger, men at klageren sideløbende havde modtaget breve, hvor det fremgik, at hun skulle afgive helbredsoplysninger. Selskabet anførte, at det ikke var muligt at overføre forsikringsdækningerne fra det tidligere pensionsselskab, idet selskabet stillede strengere krav til afgivelse af helbredsoplysninger end det tidligere pensionsselskab, hvorfor alle krav i jobskifteaftalen ikke var opfyldt. Nævnet lagde til grund, at klagerens risikodækninger havde kunnet overføres fra det afgivende selskab til det indklagede selskab under anvendelse af jobskifteaftalen. Det blev fastslået i jobskifteaftalens § 3, stk. 3, bl.a., at det modtagende selskab kunne kræve fornyet helbredsbedømmelse, hvis den nye pensionsordning afveg fra den gamle ordning bl.a. mht. mere omfattende krav til helbredsoplysninger. Nævnet lagde på baggrund af det af selskabet oplyste til grund, at det afgivende selskab ved tegningen anvendte en "passiv FØP-erklæring", som kun skulle indsendes af klageren til selskabet, hvis hun opfyldte nogle i erklæringen angivne forudsætninger om bl.a. fleksjob o.l. Nævnet lagde videre til grund, at det indklagede selskab i stedet anvendte en "aktiv FØP-erklæring", hvor den forsikrede skulle svare ja eller nej til, om de angivne forudsætninger var opfyldt. Nævnet lagde også til grund, at de forudsætninger, der var angivet i erklæringerne i øvrigt, var nogenlunde enslydende. Nævnet fandt, at FØP-erklæringer – uanset om de var aktive eller passive – henhørte under kategori 3 "kortfattet erklæring" i jobskifteaftalen, jf. aftalens § 3, stk. 3, nr. 2. Selskabet var derfor ikke berettiget til at foretage en fornyet helbredsbedømmelse og skulle anerkende, at rygklausulen var ugyldig. Nævnet lagde vægt på, at der ved kategori 2 "helbredserklæring" sædvanligvis forstås erklæringer, hvor den forsikringssøgende skulle besvare en række spørgsmål, der belyste, om vedkommende inden for en kortere årrække var blevet henvist til behandling eller var blevet behandlet, om vedkommende var fast bruger medicin, om usund levevis, højde og vægt o.l. Nævnet lagde også vægt på, at anvendelse af passiv FØP-erklæring ikke kunne sidestilles med kategori 4 "ingen helbredsoplysninger".

Selskabet anfægtede afgørelsen og oplyste, at selskabet trods anfægtelsen har valgt at opfylde kendelsen over for klageren.

3.2.5. Sag 98391. Husejerforsikring. Fareforøgelse.

Tryk Forsikring.

Klagerens ejendom nedbrændte ved en gasekspllosion. Selskabet opgjorde en forholdsmæssig (pro-rata) erstatning med henvisning til, at der var sket en fareforøgelse, jf. FAL § 45, idet klageren efter forsikringens oprettelse havde indrettet restaurant i kælderetagen. Det fremgik af policen, at huset udelukkende anvendtes til beboelse. Klageren anførte, at indretningen til restaurant aldrig blev færdiggjort, og at hun havde opgivet alle planer om at åbne restaurant tre måneder før skaden, idet hun tilbagekaldte byggesagen hos kommunen og afmeldte CVR-nummeret hos Skat. Nævnets flertal fandt, at selskabet ikke havde bevist, at der var sket en fareforøgelse, som gjorde det berettiget for selskabet at fastsætte en forholdsmæssig erstatning.

Ankenævnet for Forsikring

Flertallet lagde vægt på, at der ikke havde været åben restaurant på ejendommen, og at planerne om at åbne restaurant var opgivet. Det forhold – at der var foretaget indretninger og befandt sig genstande og udstyr anskaffet med henblik på restaurantdrift – kunne ikke føre til andet resultat.

Selskabet anfægtede afgørelsen under henvisning til, at det var selve ændringerne til restaurant, der udgjorde fareforøgelsen og som begrundede præmieforhøjelsen. Selskabet har efterfølgende besluttet at opfylde kendelsen.

3.2.6. Sag 99102. Ejerskifteforsikring. Skadebegrebet. Fundament.

Dansk Boligforsikring.

Klageren overtog ejendommen, der var fra 1923, den 16/8 2021. Klageren anmeldte den 10/8 2022, at "ved udgravning grundet etablering af omfangsdræn, er det opdaget af vores entreprenør, at hele husets fundament og sokkel er lavet af "slagger" og ikke er muret som angivet i husets originale tegninger" og at "entreprenør ... tilkaldte ingeniør og har indstillet arbejdet med omfangsdræn. Ingeniør oplyser dags dato, at der er risiko for husets statiske stabilitet". Klageren anførte, at kælderydervæggene/fundamentet over og under jordhøjde var nedbrudte og smuldrede – og derfor var uden tilstrækkelig bæreevne – og at dette udgør en dækningsberettigende skade eller som minimum en risiko for skade. Fundament og kælderydervægge var ikke udført i murværk, som det var angivet på tegningerne af ejendommen, men derimod udført i beton med tilslag af slagger. Klageren anførte, at ingeniøren havde konkluderet, at ejendommens bærende konstruktion ikke havde tilstrækkelig bæreevne til at klare aktuelle belastninger. Selskabet afviste dækning med henvisning til, at der ikke sås skader eller tegn på svigt ved husets øvrige konstruktioner som følge af de udførte fundamenter og kælderydervægge. Selskabet var ikke uenig i, at husets kælderydervægge i dag formentlig var svagere end på opførelsestidspunktet, eller hvis de havde været udført med sikring mod indtrængende jordfugt. Selskabet havde heller ikke grund til at betvivle, at der ved frigravning af kælderydervæggene i forbindelse med klagerens udførelse af omfangsdræn havde været en risiko for udskridning af kælderydervægge. Selskabet anførte, at ejerskifteforsikringen i henhold til forsikringsbetingelsernes punkt 4.11 ikke dækkede, at klageren ikke kunne udføre omfangsdræn uden risiko for skader på huset på grund af den måde fundament og kælderydervægge var udført på. Nævnet fandt, at klageren havde bevist, at forholdet på overtagelsestidspunktet udgjorde skade eller nærliggende risiko for skade i ejerskifteforsikringens forstand. Selskabet skulle herefter yde dækning i overensstemmelse med de af klagerens ingeniør anbefalede udbedningsarbejder. Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af teknisk notat af 9/11 2022, at kælderydervægge var udført med konstruktioner og i materialer, der var uden tilstrækkelig bæreevne og uegnede til anvendelse i forbindelse med bærende kælderydervægge og fundamenter. Nævnet lagde også vægt på, at væggene var så ustabile, at det forhindrede en naturlig fugtisolering af ejendommen i form af omfangsdræn. Nævnet lagde videre vægt på, at det fremgik af udateret notat om boreprøver, at "for at foretage en boreprøve skal maskinen monteres fast på væggen/fundamentet med en ekspanderende pluks. Dette kunne ikke lade sig gøre, da væggen var så porøs, at fastmontering ikke var mulig. Hullerne blev boret håndholdt, normalvis er det en fast kerne vi borer ud, men i dette tilfælde var betonen fuldstændig porøs (kunne hældes ud i pulverform fra boret). Dvs. at man ikke kan foretage en trykprøve af kernen. Dette var galt ved begge borer". Henset til sagens udfald fandt nævnet, at selskabet skulle dække klagerens udgift til sagkyndig bistand på 15.712,50 kr. inkl. moms.

Ankenævnet for Forsikring

Selskabet anfægtede afgørelsen og anførte, at udførelsen af omfangsdræn ved et 100 år gammelt hus var en byggeteknisk forbedring, der var uden relevans for vurderingen af, om der forelå en skade.

Selskabet har oplyst, at selskabet har opfyldt kendelsen. Der er dog i forbindelse hermed opstået en ny tvist vedrørende bl.a. afskrivninger med kunden, som er indbragt for nævnet.

3.2.7. Sag 99337. Midlertidigt/generelt erhvervsevnetab. 18 måneders regel.

Danica.

Selskabet ydede midlertidig dækning fra 8/8 2020 til 1/6 2021, og selskabet standsede herefter ydelserne med henvisning til, at selskabet efter forsikringsbetingelserne efter 18 måneder kunne overgå til en generel vurdering af erhvervsevnen, og at klagerens generelle erhvervsevne ikke var nedsat med mindst halvdelen. Nævnet fandt, at klagerens midlertidige erhvervsevne efter den 1/6 2021 fortsat var nedsat med mindst halvdelen, og at klagerens tilstand ikke var stabiliseret og afklaret i en sådan grad, at selskabet havde været berettiget til at overgå til en vurdering af den generelle erhvervsevne. Selskabet skulle derfor genoptage sagsbehandlingen og udbetale midlertidige ydelser efter den 1/6 2021. Selskabet var berettiget til - for perioden efter nævnets afgørelse - at indhente nye lægelige og kommunale oplysninger med henblik på at vurdere, om klagerens tilstand herefter havde stabiliseret sig i en sådan grad, at selskabet herefter ville kunne overgå til en vurdering af klagerens generelle erhvervsevne. Nævnet lagde vægt på, at klageren medio 2021 fortsat var under behandling og i udredning for sine psykiske gener, og at der blandt læger og kommune var enighed om, at klagerens tilstand var uafklaret, og at det var nødvendigt at afvente effekt af klagerens behandlingsforløb, før det var muligt at vurdere arbejdsevnen på længere sigt.

Selskabet anfægtede afgørelsen og anførte, at erhvervsevnetabet som følge af forsikringsbetingelserne efter 18 måneder helt ukritisk af selskabet skal kunne bedømmes efter den generelle norm. Selskabet har oplyst, at selskabet vil opfylde kendelsen over for klageren. Selskabet vil indhente supplerende oplysninger og derefter træffe afgørelse om omfanget af klagerens generelle erhvervsevnetab, som først vil få virkning fra det tidspunkt, beslutningen træffes.

3.2.8. Sag 99456. Retshjælpsforsikring. Retsmægling.

Købstædernes Forsikring.

Klagerens advokat anmodede om retshjælpsdækning til en sag vedrørende en nabostrid om en bådplads. Selskabet gav tilsagn om retshjælpsdækning. På et forberedende telefonmøde gjorde retten opmærksom på muligheden for retsmægling. Klageren accepterede at deltage i retsmægling. Den 3/5 2022 blev selskabet orienteret herom. Selskabet meddelte, at tilsagnet ikke omfattede retsmægling. Ved retsmægling den 23/8 2022 indgik parterne forlig til fuld og endelig afgørelse af sagen ved, at den dagældende servitut blev erstattet af en ny servitut. Klageren ønskede, at selskabet dækkede advokatens salær med 87.500 kr. inklusive moms. Selskabet dækkede advokatsalær med 40.000 kr. inklusive moms og pålagte omkostninger med 10.000 kr. Selskabet afviste yderligere dækning. Selskabet anførte, at salæranmodningen dækkede over advokatens indsats i forbindelse med retsmægling og fuldbyrdelse af forliget, hvilket var undtaget dækning. Nævnet kunne ikke afgøre spørgsmålet om størrelsen og berettigelsen af advokatens salær, der henhørte under advokatmyndighederne. Nævnet fandt, at der ikke var grundlag for at kritisere, at selskabet havde afvist at dække klagerens omkostninger til fuldbyrdelse af forliget, herunder udarbejdelse af ny servitut, tinglysning heraf, aflysning af den gamle og ansøgning om godkendelse hos kommunen. Nævnet bemærkede, at

Ankenævnet for Forsikring

selskabets afslag på retshjælpsdækning til retsmægling skal være sagligt begrundet, og at retsmægling pr. 24/5 2023 var blevet udgangspunktet, når man anlagde en retssag, idet man ønskede at fremme brugen af retsmægling. Nævnet fandt, at selskabet ikke havde været berettiget til at afvise at dække advokatens indsats i forbindelse med retsmægling.

Selskabet anfægtede afgørelsen med henvisning til, at det fremgår af retshjælpsforsikringsbetingelserne, at forsikringen dækker omkostninger til retsmægling, som forudgående er godkendt af selskabet, hvorfor det er overladt til selskabet at vurdere, om retsmægling kan dækkes. Selskabet har oplyst, at sagen er forligt i klagerens favør.

3.2.9. Sag 100176. Tandforsikring. Dækningstilsagn.

Dansk Tandforsikring.

Klageren var utilfreds med selskabets afslag på dækning af brobehandling på tænderne +456 til erstatning af tanden +5. Selskabet afviste dækning under henvisning til, at +5 på tegningstidspunktet var skadet og med planer/anbefaling om infektionsbehandling, hvorfor der var et igangværende forløb for tanden. Klageren anførte under henvisning til oplysningerne om sagens status på selskabets hjemmeside, at tandlægeregningen var forhåndsgodkendt af selskabet med dækning af 18.737,44 kr. og med egenbetaling på 4.566,15 kr. Selskabet anførte, at oplysningerne på hjemmesiden alene viste en midlertidig registrering af fakturaen og ikke en forhåndsgodkendelse. Nævnet fandt, at oplysningerne på klagerens personlige profil på selskabets hjemmeside var formuleret på en sådan måde, at klageren havde fået en berettiget forventning om, at selskabet under alle omstændigheder ville dække klagerens udgift til brobehandlingen med 18.737,44 kr. før egenbetaling. Selskabet skulle derfor genoptage sagen og yde dækning i overensstemmelse hermed. Nævnet lagde vægt på, at oplysningerne på klagerens personlige side var formuleret på en sådan måde, at de havde karakter af en erstatningsopgørelse.

Selskabet anfægtede afgørelsen under henvisning til, at oplysningerne på klagerens personlige profil på selskabets hjemmeside aldrig kunne være en godkendelse af et behandlingsoverslag, idet der alene er tale om et serviceskærm billede, der gør det muligt for kunden at følge sagen. Selskabet har anført, at det fremgik, at sagen var åben, dvs. under behandling, og at kunden havde haft adskillige sager og derfor kendte sagsprocessen.

Selskabet har oplyst, at selskabet under hensyntagen til det mindre beløb har opfyldt kendelsen.

3.3. Anfægtede sager. Klageren hævdede sagen i 2023.

I 2023 var der 1 anfægtet sag, hvor klageren hævdede sagen.

3.3.1. Sag 96505. Ulykkesforsikring. Årsagssammenhæng. AES.

Privatsikring

Klageren anmeldte den 10/6 2016, at hun den 1/4 2016 var blevet trukket omkuld af sin hund og havde slået fod, knæ, lænd, hænder, nakke og hoved (hjernerystelse). Klageren anførte, at hun som følge af faldet havde hovedgener. Hun henviste til journal af 20/4 2016 fra kiropraktor. Selskabet afviste dækning med henvisning til, at der ikke var årsagssammenhæng mellem ulykken og hovedgenerne, og at klagerens øvrige gener ikke var svarende til et varigt mén på mindst 5 procent. Selskabet henviste til, at AES den 2/5 2019 havde vurderet

Ankenævnet for Forsikring

klagerens varige mén som følge af ulykken til mindre end 5 procent. AES lagde vægt på, at der først forelå dokumenterede klager over hovedpine den 27/4 2016 i journal fra klagerens læge. Nævnet fandt, at udtalelsen fra AES var truffet på et forkert faktisk grundlag, idet hovedgenerne var omtalt i journal forud for den 27/4 2016, hvilket kunne have betydning for vurderingen af, om der var strakssymptomer. Nævnet fandt på den baggrund, at selskabet skulle anmode AES om at foretage en ny vurdering på et korrekt faktisk grundlag. Selskabet skulle inddrage den nye udtalelse ved en fornyet stillingtagen til klagerens anmeldelse.

Selskabet anfægtede afgørelsen under henvisning til, at det kriterium, som ankenævnet havde lagt til grund ved vurderingen af sagen, hvorefter *"at det ikke på forhånd kan afvises, at den tidsmæssige forskel (20 eller 27 dage) kan have betydning for vurderingen af, om der er strakssymptomer"*, var for streng, "da man også er nødt til at foretage en materiel vurdering af sagen."

Sagen blev indbragt for retten af klageren. Selskabet har oplyst, at sagen blev hævet af klageren efter, at Retslægerådet havde afgivet udtalelse.

3.4. Anfægtede sager. Klageren opgav sagen uden at indbringe den for retten i 2023.

I 2023 var der 1 anfægtet sag, hvor det må lægges til grund, at sagen ikke fortsættes.

3.4.1. Sag 97749. Bilforsikring. Urigtige risikoplysninger. FAL §7.

Privatsikring

Selskabet udstedte den 26/11 2020 ansvarsforsikring på klagerens bil på baggrund af oplysningerne om bilen i motorregisteret (DMR). Den 30/11 2020 blev der efter telefonsamtale tegnet kaskoforsikring på bilen. Bilen blev den 23/11 2021 totalskadet. Selskabet afviste dækning med henvisning til, at klageren havde afgivet urigtige oplysninger om bilens hestekræfter og ejer/brugerforholdene. Klageren anførte, at sælgeren havde løjet om bilens hestekræfter, og at selskabet havde talt med hendes ægtefælle uden hendes samtykke. Selskabet anførte, at selskabet ikke ville have tegnet kaskoforsikring, hvis selskabet havde vidst, at bilen var chiptunet. Selskabet anførte, at ægtefællen flere gange oplyste, at bilen var købt chiptunet, og at han havde haft bilen ved mekaniker, som havde målt effekten af motoren til 243 hestekræfter. Det fremgår af forsikringsaftalelovens § 7, at forsikringstagers undladelse af at give oplysning ingen indflydelse har på selskabets ansvar, medmindre hun burde være klar over, at den ikke oplyste omstændighed var af betydning for selskabet, og hendes forhold kan tilregnes hende som grov uagtsomhed. Det er selskabet, der skal bevise, at betingelserne for at anvende forsikringsaftalelovens § 7 er opfyldt. Nævnets flertal fandt, at selskabet ikke havde bevist, at klageren ved købet af kaskoforsikringen havde handlet groft uagtsomt. Selskabet havde derfor ikke - under henvisning til forsikringsaftalelovens § 7 - været berettiget til at ophæve kaskoforsikringen for bilen.

Selskabet anfægtede afgørelsen under henvisning til, at klageren vidste eller burde vide, at bilen var tunet og havde betydeligt større ydelse end angivet i policen, idet klagerens ægtefælle gentagne gange og uopfordret har oplyst, at bilen var tunet, og at han har ladet dette kontrollere på et værksted.

Klageren er ikke vendt tilbage over for selskabet efter nævnets afgørelse.

Ankenævnet for Forsikring

4. Domme og indenretlige forlig i andre sager.

Nævnet har kendskab til 14 sager, der efter indbringelse for retten enten er forligt eller afgjort af domstolene, efter at nævnet enten gav selskabet medhold eller afviste at afgøre sagen på grund af usikkerheden om den bevismæssige bedømmelse af sagen.

I 2 af de 14 sager afviste nævnet at afgøre sagen. Sagerne er omtalt i afsnit 4.7 og 4.13. I sagen – omtalt i afsnit 4.7 – fandt nævnet, at klagerens krav ikke var forældet. Nævnet udtalte, at selskabets fuldstændige afvisning af klagerens krav var sket på et relativt spinkelt grundlag, mens klagens dokumentation for sit krav ligeledes kunne være underbygget væsentligt bedre. På den baggrund fandt nævnet, at en stillingtagen til klagerens krav måtte ske ved domstolene, hvor de enkelte af klagerens krav ville kunne være genstand for en mere indgående bevisførelse.

I de 12 sager – hvor nævnet gav selskabet medhold – fik selskabet ved domstolene medhold i alle 12 sager.

I sagen, der er omtalt under pkt. 4.5, havde selskabet for byretten nedlagt en ny selvstændig påstand om tilbagebetaling af erhvervsevnetabsydelse, som selskabet ikke fik medhold i. Sagen for nævnet vedrørte ikke tilbagebetalingskravet.

Højesteretsdommene, der er omtalt under pkt. 4.15 og 4.16, har ikke verseret for nævnet, men er medtaget, da de vurderes at have bredere interesse.

4.1. Sag 87092. Pensionsordning. Omvalg. Ydelsesgaranti. Levetidsrisikoen.

AP Pension.

330 forsikringstagere, der havde været forsikret i FSP Pension – der senere fusionerede med AP Pension – klagede over, at selskabet havde afvist at lade dem træde tilbage fra et omvalg i 2011, hvor de gik fra en ordning med ydelsesgaranti til en ordning med markedsrente. I januar 2014 informerede selskabet hovedparten af klagerne om, at deres pensionsydelse blev sat ned i forhold til, hvad der fremgik af tidligere prognoser. Selskabet begrundede nedsættelsen med en historisk lav rente, og at den gennemsnitlige levetid var forlænget. Klageren anførte, at de ikke var blevet behørigt informeret om, at de ved omvalget tillige overtog levetidsrisikoen. Nævnet fandt, at klagerne ved omvalget ikke blev behørigt informeret om, at de overtog risikoen for ændringer i levetiden, ligesom klagerne ikke blev informeret om, at de levetidsforudsætninger, som selskabet benyttede, på sigt kunne medføre nedreguleringer af pensionsydelse på grund af nye og mere retvisende levetidsforudsætninger. De mangelfulde oplysninger måtte anses for en væsentlig forudsætning for klagerne accept af omvalget. Nævnets flertal fandt, at der forelå sådanne særlige forhold, at det - ud fra en samlet vurdering af hensynet til klagerne og selskabet - ikke var rimeligt at pålægge selskabet risikoen for, at klagerne traf deres beslutning om omvalg på baggrund af urigtige/svigtende forudsætninger, hvorfor klagerne ikke kunne træde tilbage fra omvalget. Mindretallet fandt det rimeligt at lade selskabet bære risikoen for, at klagerne indgik aftalen på grundlag af nogle urigtige forudsætninger, og at klagerne som følge af forudsætningslæren kunne træde tilbage fra omvalget. Flertallets begrundelse lød således:

Flertallet har blandt andet lagt vægt på, at nok har selskabet haft en sådan viden om levetidsproblematikken, at det burde have stået klart, at levetidsproblematikken fremadrettet kunne få indflydelse på størrelsen af klagerne pensionsudbetalinger, men der er ikke holdepunkter for at antage, at selskabet allerede ved

Ankenævnet for Forsikring

omvalget i 2011 kunne forudse, at Finanstilsynets varslings af levetidsbenchmark ville medføre så betydelige stigninger i de forventede restlevetider, som det efterfølgende har vist sig at være tilfældet.

Flertallet har også lagt vægt på, at en imødekomme af klagerens ønske om at kunne fortryde deres omvalg vil indebære, at klagerne slipper for investeringsrisikoen for perioden fra 2011 til nu, hvilket kan være problematisk i forhold til selskabets øvrige kunder. Flertallet bemærker i den forbindelse, at klagerne har kendskab til, hvorledes henholdsvis det garanterede pensionsprodukt og det markedsbaserede pensionsprodukt har udviklet sig i perioden, fra de accepterede tilbuddet om omvalg, og til det tidspunkt, hvor de indgav klagen til nævnet.

Flertallet har tillige lagt vægt på, at en imødekomme af klagerens ønske om at kunne fortryde deres omvalg vil indebære, at selskabet skal genanskaffe investeringsaktiver, som adskiller sig markant fra de aktiver, som nu findes i selskabets aktivbeholdning, og at hovedargumentet for omvalget i 2011 var en omlægning af selskabets aktivbeholdning. Flertallet har i den forbindelse lagt vægt på, at selskabet har oplyst, at det udgør en særlig udfordring at genanskaffe investeringsaktiverne, idet der er forløbet mere end 3 år med store udsving på finansmarkederne, og idet renten har været faldende siden afhændelsen af de aktiver, der lå til grund for klagerens gennemsnitsrenteprodukt.

Flertallet har endvidere lagt vægt på, at selskabet i 2011 sendte det supplerende omvalgsmateriale til Finanstilsynet inden udsendelse til medlemmerne med henblik på tilsynets stillingtagen hertil, og at Finanstilsynet efter det oplyste ikke fandt anledning til at kræve, at materialet mere eksplicit omtalte levetidsforudsætningerne.

Flertallet har endelig lagt vægt på, at selskabet fra efteråret 2013 i dialog med Finanstilsynet beregnede en kompensation for de hensættelser, der var på levetider på tidspunktet for omvalg, i hvilken der blev taget udgangspunkt i en kollektiv beregning inden for de relevante kontributionsrentegrupper, og at Finanstilsynet i afgørelsen af 2/4 2014 - efter gennemgang af principperne i modellen – vurderede, at den sikrede medlemmerne en rimelig behandling. Klagerne har først i slutningen i 2014 forfulgt sagen civilretligt.

176 klager indbragte sagen for Østre Landsret (efter henvisning fra byretten). Der blev udvalgt 9 klager som prøvesager, som blev behandlet sammen. Landsretten gav den 5/12 2022 i det væsentlige klagerne medhold, idet 6 af de 9 klager havde lidt et tab og derfor fik tilkendt erstatning. Af dommen fremgår bl.a.:

"H. LANDSRETTENS BEGRUNDELSE OG RESULTAT

Indledningsvis bemærkes, at i alt 176 personer med en pensionsordning i det daværende pensionsselskab FSP Pension, der fusionerede med AP Pension i 2012 med AP Pension som det fortsættende selskab, har anlagt sag mod AP Pension. De fleste af sagsøgernes og AP Pensions anbringender har været ens i de 176 sager, og de 176 sager har i landsretten i vidt omfang været forberedt sammen. De 176 sagsøgere har dog på nogle punkter afskilt sig fra hinanden, herunder med hensyn til deres alder og om, hvorvidt de på omvalgstidspunktet var og stadig er erhvervsaktive og i modsat fald, hvornår de er gået på pension, samt deres erfaring med pensionsprodukter. Parterne har bl.a. under henvisning hertil under sagernes forberedelse opnået enighed om, at det vil være hensigtsmæssigt at udtage et antal prøvesager med sagsøgere med forskellige forhold. I alt er der udvalgt ni prøvesager, der herefter er blevet behandlet sammen. Ved denne dom træffes der afgørelse i disse ni prøvesager.

De ni sagsøgere i prøvesagerne (herefter sagsøgerne) havde i forbindelse med deres ansættelse i en bank eller sparekasse alle fået oprettet en overenskomstbestemt pensionsordning i FSP Pension baseret på et gennemsnitsrenteprodukt, som indeholdt en garanti for udbetaling af pension. I forbindelse med FSP

Ankenævnet for Forsikring

Pensions gennemførelse af et pensionsvalg for medlemmerne i 2011 valgte sagsøgerne at skifte til det af bestyrelsen anbefalede markedsrenteprodukt, som ikke indeholdt en sådan garanti.

Sagerne drejer sig i første række om, hvorvidt sagsøgernes omvalg er ugyldigt og kan tilsidesættes eller ændres i medfør af enten aftalelovens § 33 eller § 36 eller som følge af urigtige eller bristende forudsætninger. Sagsøgerne har til støtte herfor overordnet gjort gældende, at de i forbindelse med omvalget ikke blev oplyst om, at de overtog risikoen for levetidsforudsætninger, at FSP Pensions levetidsforudsætninger allerede på tidspunktet for pensionsvalget var utilstrækkelige, hvilket FSP Pension var bekendt med senest ved udgangen af juni 2011, og at dette medførte, at deres pensionsydelser ad flere omgange blev nedsat, første gang med virkning fra april 2014.

Endvidere drejer sagerne sig om, hvorledes sagsøgerne skal stilles økonomisk i tilfælde af, at omvalget tilsidesættes eller ændres, eller at FSP Pension - nu AP Pension - har pådraget sig erstatningsansvar som følge af mangelfuld rådgivning.

I det materiale, der blev sendt til og var tilgængeligt elektronisk for sagsøgerne i forbindelse med pensionsvalget i 2011, herunder årsrapporten for 2010, blev der givet oplysning om, at de ved et omvalg fra deres gennemsnitsrenteprodukt til markedsrenteproduktet ville miste den garanti, der var tilknyttet deres gennemsnitsrenteprodukt. Sagsøgerne blev i den forbindelse meget tydeligt og detaljeret orienteret om, at de overtog investeringsrisikoen, herunder usikkerheden angående den fremtidige renteutvikling. Der er mellem parterne enighed om, at sagsøgerne derimod ikke eksplicit blev oplyst om, at de ligeledes overtog risikoen for levetidsforudsætningerne. Sidstnævnte oplysning blev heller ikke givet på de informationsmøder, som blev afholdt for medlemmerne i forbindelse med pensionsvalget.

Efter bl.a. skønsmandens besvarelse af spørgsmål 5, som korrigeret ved besvarelsen af spørgsmål 1G, og spørgsmål 6 må det lægges til grund, at størrelsen af sagsøgernes pensionsydelser er blevet væsentligt påvirket af omvalget, og at de fleste af sagsøgerne har modtaget væsentligt lavere ydelser, end hvis de ikke havde valgt om til markedsrenteproduktet. Det er endvidere sandsynliggjort, at størrelsen af deres pensionsydelser også fremadrettet vil være væsentligt påvirket af omvalget.

Efter bevisførelsen, herunder skønsmandens besvarelse af spørgsmål 3, som korrigeret ved besvarelsen af spørgsmål 1G, og spørgsmål 4, finder landsretten, at det er godtgjort, at betydelige ændringer i levetidsforudsætningerne efter pensionsvalget i 2011 er den ene af to årsager til, at pensionsydelserne siden april 2014 er blevet væsentligt reduceret flere gange. Den anden årsag er markedsudviklingen, herunder den historisk lave rente. Samlet har de to årsager i væsentligt omfang påvirket afkastet negativt for alle tre risikoprofiler i markedsrenteproduktet (»Lav risiko«, »Mellem risiko« og »Høj risiko«).

Det må efter bevisførelsen, herunder skønsmandens besvarelse af spørgsmål 1, endvidere lægges til grund, at de levetidsforudsætninger, som FSP Pension forud for omvalget i 2011 anvendte ved beregningen af hensættelser i relation til gennemsnitsrenteprodukterne, var en del lavere end de benchmarks for levetidsforudsætningerne, som Finanstilsynet introducerede i december 2010. Efter det i FSP Pensions brev af 1. juli 2011 til Finanstilsynet anførte må det endvidere lægges til grund, at selskabet ikke inddrog forventede fremtidige levetidsforbedringer i grundlaget for beregningen af hensættelser.

Det fremgår endvidere af notat af 19. november 2010 fra FSP Pensions ansvarshavende aktuar og referatet af møde den 1. december 2010 i FSP Pensions bestyrelse, at direktionen og bestyrelsen allerede før Finanstilsynets introduktion af benchmarkene var klar over, at de hidtidige levetidsforudsætninger var utilstrækkelige i relation til hensættelserne vedrørende gennemsnitsrenteprodukterne. FSP Pension besluttede derfor at »styrke levetiderne« med to år, således at forskydningen af beregningsgrundlaget G82 blev øget fra tre til fem år. FSP Pension overvejede endvidere, om denne »styrkelse« var tilstrækkelig.

Ankenævnet for Forsikring

At direktionen og bestyrelsen således var klar over, at levetiderne i en længere periode havde været stigende i den danske befolkning, fremgår også af de afgivne forklaringer fra FSP Pensions ledelsesrepræsentanter, herunder FSP Pensions daværende adm. direktør, K.

Efter skønsmandens forklaring må det lægges til grund, at FSP Pension ved modtagelsen af Finanstilsynets brev af 9. december 2010 kunne have foretaget beregninger ud fra de benchmark-tal for dødsintensiteterne og de forventede fremtidige levetidsforbedringer, som tilsynet samtidig offentliggjorde, for at finde ud af, hvorvidt selskabets levetidsforudsætninger var i overensstemmelse med benchmarkene.

FSP Pension færdiggjorde imidlertid først beregningerne, på nær vedrørende hensættelserne, den 1. juli 2011, hvor selskabet indsendte sin analyse til Finanstilsynet, og dermed først efter afslutningen af pensionsvalget.

Det fremgår endvidere af FSP Pensions ansvarshavende aktuars orienteringsnotat af 25. januar 2011 til brug for mødet i FSP Pensions bestyrelse den 2. februar 2011 og referatet af mødet, at FSP Pensions ledelse var bekendt med, at et andet pensionselskab havde foretaget en beregning af Finanstilsynets benchmark for forventede fremtidige levetidsforbedringer, som havde vist en stigning på 2-3 % i hensættelserne, om end man dog ikke direkte kunne sammenligne FSP Pension og det pågældende pensionselskab.

For FSP Pension måtte det på denne baggrund fremstå som en meget nærliggende mulighed, at levetiderne og forventningerne hertil fremover ville stige væsentligt, og at de hidtil anvendte levetidsforudsætninger, som bl.a. indgik i beregningen af pensionsydelse i markedsrenteproduktet, fremover ville være utilstrækkelige. FSP Pension burde således inden og under pensionsvalget i 2011, have været klar over, at de månedlige pensionsydelse i markedsrenteproduktet som følge heraf isoleret set måtte forventes at blive reduceret.

For så vidt angår grunden til, at medlemmers overtagelse af risikoen for levetidsforudsætningerne ikke blev udtrykkeligt omtalt i de oplysninger, der blev givet til og var tilgængelige for medlemmerne, har bl.a. K forklaret, at FSP Pension ikke overvejede at oplyse herom, samt at FSP Pension forventede, at selv om levetiderne gradvist ville stige, og dette isoleret set ville reducere ydelserne, ville markedsudviklingen indebære, at de samlede ydelser blev højere, end hvis der ikke blev skiftet til en markedsrenteordning.

I FSP Pensions årsrapport for 2011, der forelå i foråret 2012, er det endvidere udtrykkeligt anført, at for medlemmer med markedsrenteproduktet vil deres »pensionsudbetalinger ... i fremtiden også blive påvirket af den stigende levealder. Hvis [FSP Pension] forventer, at medlemmerne generelt lever længere og skal have udbetalt alderspension i flere år, kan det medføre behov for at ændre beregningsgrundlaget, hvilket kan føre til, at udbetalingerne kan blive sat ned, hvis det opnåede afkast ikke kan dække en længere levealder.« Der er ikke oplyst om omstændigheder, der skulle være indtrådt efter gennemførelsen af pensionsvalget i første halvår af 2011 og inden udarbejdelsen af årsrapporten for 2011, og som først efter gennemførelsen af pensionsvalget gjorde det muligt for FSP Pensions ledelse at konkludere som gjort i årsrapporten for 2011.

Der er ikke grund til at betvivle, at bl.a. FSP Pension dengang havde den opfattelse, at et fald i ydelserne på grund af ændrede levetidsforudsætninger isoleret set ville blive mindre, end man forventede, at ydelserne ville stige på grund af antagelser om markedsudviklingen, samt at det for medlemmerne derfor samlet set ville være økonomisk fordelagtigt at foretage omvalget. Det foreligger ikke oplysninger om, at FSP Pension overvejede at oplyse medlemmerne om, at pensionerne på grund af levetidsforventninger isoleret set måtte forventes at falde, således at medlemmerne selv fik mulighed for at vurdere, hvorvidt de på denne baggrund ville skifte til markedsrenteproduktet.

Ankenævnet for Forsikring

At FSP Pensions medlemmer var eller havde været ansat i banker og sparekasser kan ikke i sig selv indebære, at det kan lægges til grund, at de på grund af deres arbejde havde en sådan viden om de pågældende komplicerede pensionsprodukter, at de omhandlede oplysninger var overflødige. AP Pension har endvidere ikke bevist, at en eller flere af de ni sagsøgere i 2011 konkret havde tilstrækkelig relevant viden om pensionsprodukterne.

På ovennævnte baggrund finder landsretten, at FSP Pension kunne og burde have oplyst sagsøgerne udtrykkeligt om, at de ved et omvalg overtog ikke blot investeringsrisikoen, men også risikoen for levetidsforudsætningerne, og at de af FSP Pension anvendte levetidsforudsætninger fremover formentlig ville være utilstrækkelige, hvorfor der var en nærliggende risiko for, at pensionsydelse i markedsrenteproduktet ville blive reduceret i forhold til størrelsen på ydelserne, hvis disse alene blev fastsat efter markedsudviklingen.

Den omstændighed, at Finanstilsynet i forbindelse med undersøgelserne i 2011 og 2013-2014 af bl.a. det udarbejdede materiale til brug for pensionsvalget ikke har udtalt kritik af de manglende oplysninger, kan ikke føre til en anden vurdering.

Landsretten finder, at FSP Pension ved at have undladt udtrykkeligt at give sagsøgerne ovennævnte oplysninger har tilsidesat god skik, jf. § 43, stk. 1 og 2, i lov om finansiel virksomhed, jf. § 4 om udeladelse af væsentlige informationer og § 7 om rådgivningsforpligtelsen i den dagældende bekendtgørelse om god skik for finansielle virksomheder (bekendtgørelse nr. 965 af 30. september 2009), hvilket indgår med vægt ved vurderingen af, om sagsøgerens omvalg skal tilsidesættes eller ændres, samt ved det økonomiske opgør.

Selvom FSP Pension burde have givet de nævnte oplysninger, finder landsretten efter de foreliggende omstændigheder – herunder at det ikke er bevist, at FSP Pension holdt oplysninger skjult for medlemmerne f.eks. for at påvirke resultatet af pensionsvalget – at forholdet ikke har en sådan grovhed, at det strider imod almindelig hæderlighed at påberåbe sig de ved omvalget indgåede aftaler, der derfor ikke er ugyldige i medfør af aftalelovens § 33.

Ved vurderingen af, om aftalerne eller dele heraf er urimelige efter aftalelovens § 36, stk. 1, lægger landsretten - ud over ovennævnte tilsidesættelse af god skik - vægt på følgende:

FSP Pension havde som nævnt viden om betydningen af levetidsforudsætningerne, hvilket sagsøgerne ikke havde. Det var FSP Pension, der fandt, at den daværende ordning gav problemer for bl.a. selskabet og tog initiativ til og tilrettelagde pensionsvalget. FSP Pension måtte vide, at et omvalg til markedsrenteproduktet kunne få meget stor betydning for medlemmernes økonomi. FSP Pension foretog omfattende rådgivning af medlemmerne og fremkom ikke mindst med en klar anbefaling til dem, og medlemmerne måtte herefter gå ud fra, at rådgivningen var fuldt dækkende og indeholdt alle væsentlige oplysninger. Det var ved individuelle valg, at medlemmerne af FSP Pension på dette grundlag hver for sig besluttede, om de ville overgå fra et gennemsnitsrenteprodukt til et markedsrenteprodukt. Medlemmerne var ved indgåelsen af aftalerne med FSP Pension om omvalg derfor - og efter det i øvrigt oplyste om parternes forhold ved aftaleindgåelsen - forbrugere i aftalelovens forstand, hvilket bl.a. indebærer, at aftalelovens kapitel IV om forbrugerftaler, herunder § 38 c, finder anvendelse. På den baggrund havde FSP Pension et særligt ansvar for, at informationsmateriet var retvisende og dækkende, hvilket efter rettens opfattelse som nævnt ikke var tilfældet.

Efter en samlet vurdering af de ovennævnte forhold og sagens omstændigheder i øvrigt finder landsretten herefter, at det må anses for urimeligt, jf. aftalelovens § 36 og § 38 c, stk. 1, 1. pkt., at sagsøgerne skal bære risikoen for levetidsforudsætningerne. Det bemærkes i den forbindelse, at der ikke er fornødent

Ankenævnet for Forsikring

grundlag for at antage, at sagsøgerne ikke ville have valgt om, såfremt de havde fået de manglende oplysninger, og den usikkerhed, der måtte være herom, findes i øvrigt under de foreliggende omstændigheder at måtte komme AP Pension til skade.

Landsretten finder imidlertid ikke grundlag for helt at tilsidesætte aftalerne om omvalg til markedsrenteproduktet som urimelige eller i strid med redelig handlemåde, allerede fordi en fuldstændig tilsidesættelse vil medføre, at sagsøgerne ikke længere vil skulle bære investeringsrisikoen, selvom de på fuldt oplyst grundlag accepterede at overtage denne ved omvalget, og således give medlemmerne mulighed for at spekulere i markedsudviklingen, der kan udvikle sig meget hurtigt. Dette gælder også, selv om sagsøgerne er forbrugere.

I stedet må det overvejes, om, og i givet fald på hvilken måde, aftalerne kan ændres delvist, eller på hvilken måde sagsøgerne i øvrigt kan blive kompenseret.

I den forbindelse bemærkes det indledningsvist, at en delvis tilsidesættelse af aftalerne om omvalg ikke kan ske ved, at indholdet af sagsøgernes pensionsprodukter som sådan ændres til en ny type pensionsordning, en slags mellemting mellem de to kendte ordninger – et »hybridprodukt« som omtalt af skønsmanden – med virkning også for fremtiden, således at sagsøgerne forbliver på markedsrenteproduktet, men ikke bærer risikoen for levetidsforudsætninger. Det følger allerede af, at sagsøgerne ikke har nedlagt påstand herom, men det ville i øvrigt tillige kræve, at det godtgøres, at det er muligt at etablere pensionsprodukter med et sådant indhold.

I en situation som den foreliggende findes en delvis tilsidesættelse i stedet at måtte ske ved en ændring, der som udgangspunkt indebærer, at sagsøgerne økonomisk stilles som om, de ikke havde overtaget risikoen for ændrede levetidsforudsætninger og på denne måde kompenseres for de lavere ydelser, de måtte have fået på grund af de ændrede levetidsforudsætninger.

Denne kompensation må fastsættes ud fra skønsmandens besvarelse af spørgsmål 6 for hver af de ni sagsøgere med udgangspunkt i forskellen mellem de faktisk udbetalte beløb i perioden fra den 1. juni 2011 til den 31. december 2020 (kolonne A) og de beløb, sagsøgerne ville have modtaget, hvis de ikke havde overtaget risikoen for ændringer i levetidsforudsætninger (kolonne C).

Den omstændighed, at der ikke eksisterede et »hybridprodukt«, som sagsøgerne kunne have valgt og dermed fået udbetalt de i kolonne C beregnede ydelser, kan på ovennævnte baggrund ikke føre til et andet resultat.

Efter skønsmandens beregninger er der herefter grundlag for at tilkende seks af sagsøgerne følgende kompensationsbeløb vedrørende perioden fra den 1. juni 2011 til den 31. december 2020:

- 107.180 kr. til C der gik på pension før 2010, livrente (prøvesag 9).
- 9.330 kr. til D livrente, kapitalpension endnu ikke udbetalt (prøvesag 1)
- 316.735 kr. til E livrente + kapitalpension (prøvesag 2)
- 381.602 kr. til F livrente + kapitalpension (prøvesag 8)
- 184.405 kr. til G livrente, (prøvesag 3)
- 336.444 kr. til I livrente + alderssum (prøvesag 4)

For denne periode er der ikke grundlag for at tilkende A (prøvesag nr. 5) et beløb, da han endnu ikke er gået på pension og dermed endnu ikke har fået udbetalt pensionsydelse.

Der er vedrørende denne periode endvidere ikke grundlag for at tilkende B (prøvesag nr. 6) og H (prøvesag nr. 7) et beløb, da de ifølge skønsmandens besvarelse af spørgsmål 6 har fået udbetalt mere, end de ville have fået udbetalt, hvis risikoen for levetidsforudsætninger ikke var indgået i markedsrenteproduktet

Ankenævnet for Forsikring

(summen af de to beløb for hhv. livrente og kapitalpension i kolonne A er således større end summen af disse to beløb i kolonne C).

Som sagen er forelagt for retten, findes der ikke at være tilstrækkeligt sikkert grundlag for at ændre de anførte opgørelser efter det anførte om sagsøgernes tilbøjelighed til delvist at vælge ophørende livrenter og skønsmandens forventninger herom, herunder skønsmandens besvarelse af spørgsmål 1P, litra e.

Den kompensation, som sagsøgerne fik udbetalt i 2011 i forbindelse med omvalget, og den yderligere kompensation som en af sagsøgerne – C – fik udbetalt i 2014, kan ikke ændre herpå, da det ikke er godtgjort, at den kompenserer for den indtrådte realisering af risikoen for levetidsforudsætninger.

Sagsøgerne er af de samme grunde, som er anført ovenfor vedrørende aftalelovens § 36, heller ikke berettigede til højere beløb ud fra bestemmelsen i aftalelovens § 38 c, stk. 1, 2. pkt., eller ud fra et synspunkt om urigtige forudsætninger eller om erstatning for mangelfuld rådgivning.

Der skal herefter vurderes, om der tillige skal tilkendes et beløb vedrørende perioden efter den 31. december 2020.

Sagsøgerne har foretaget et estimat over deres yderligere faktiske tab, hvor der også er henset til de konkrete pensionsudbetalinger, der er foretaget i 2021, men ikke i 2022. Skønsmanden har ikke i svaret på spørgsmål 6 foretaget beregninger i relation til udbetalingerne i 2021, og skønsmandens svar på spørgsmål 1G sammenholdt med svaret på spørgsmål 5, samt de i øvrigt foreliggende oplysninger, ses heller ikke med tilstrækkelig sikkerhed at give grundlag for, at der på nuværende tidspunkt kan foretages en opgørelse efter ovennævnte principper i relation til de allerede foretagne udbetalinger i 2021.

For så vidt angår sagsøgerens krav på dækning af forventet fremtidigt tab finder landsretten, at et sådant ikke kan opgøres skønsmæssigt med den fornødne sikkerhed, heller ikke på grundlag af skønsmandens besvarelse af spørgsmål 3-6 og 1G eller i øvrigt AP Pensions opgørelse af »Forskelle i ydelser«.

Sagsøgerne tilkendes herefter ikke ved denne dom et beløb vedrørende perioden efter den 31. december 2020.

Landsretten har ikke herved taget stilling til, om der på et senere tidspunkt kan rejses et krav om betaling af et faktisk indtrådt tab vedrørende perioden efter den 31. december 2020.

Angående spørgsmålet om passivitet finder landsretten ikke, at indholdet af FSP Pensions brev til pensionerede medlemmer i december 2011 om »Din pension - dækninger og reguleringer«, nytårsbrevet fra december 2011 fra interessegruppen »Pensionist i FSP«, FSP Pensions årsrapport for 2011 eller FSP Pensions brev til pensionerede medlemmer i december 2012 om »Regulering af din pension ultimo 2012« – i det omfang det i øvrigt måtte kunne lægges til grund, at de enkelte sagsøgere har modtaget disse – eller i øvrigt af andre dokumenter i sagen kan medføre, at en eller flere af sagsøgerne har fortabt deres krav om kompensation på grund af de manglende oplysninger om risikoen for levetidsændringer som følge af passivitet eller »manglende reklamation«.

Tilsvarende findes indholdet af førstnævnte brev ikke at kunne føre til, at I's krav må anses for forældet. Vedrørende de rejste rentekrav ... "

Selskabet ankede dommen til Højesteret. Ved Højesterets dom 7/12 2023 (U 2024.978 H) blev selskabet fri-fundet. Af dommen fremgår:

"Højesterets begrundelse og resultat

Sagernes baggrund og problemstilling

Finanssektorens Pensionskasse (FSP Pension) gav i foråret 2011 medlemmer med en gennemsnitsrentepension tilbud om omvalg til en markedsrentepension. Gennemsnitsrentepensionen indeholdt garanti for

Ankenævnet for Forsikring

fremtidige pensionsydelse (ydelsesgaranti), mens markedsrentepensionen var uden garanti for størrelsen af fremtidige pensionsydelse.

FSP Pension blev i 2012 fusioneret med AP Pension Livsforsikringsaktieselskab (AP Pension) som det fortsættende selskab.

De ni sager indgår i et samlet kompleks af 176 søgsmål og er udvalgt som prøvesager.

Sagerne angår navnlig, om medlemmernes omvalg i 2011 til markedsrentepension kan tilsidesættes som helt eller delvist ugyldigt, eller om AP Pension har pådraget sig et rådgivningsansvar i forbindelse med omvalget. Hovedspørgsmålet er, om omvalgsmaterialet indeholdt fornødne oplysninger. De indstævnte har i den forbindelse anført, at omvalgsmaterialet skulle have indeholdt oplysning om, at medlemmerne ved omvalget overtog risikoen for ændringer i de generelle levetidsforudsætninger og betydningen heraf.

Omvalget i 2011

Højesteret lægger til grund, at FSP Pensions tilbud om omvalg i 2011 var begrundet i, at afkastet på gennemsnitsrentepensioner i flere år havde været faldende, hvilket skyldtes bl.a. markedsudviklingen og investeringsbegrænsninger, der var nødvendige for at sikre ydelsesgarantierne. Hvis medlemmerne overgik til en markedsrentepension uden ydelsesgaranti, ville pensionsmidlerne kunne investeres uden samme begrænsninger og dermed have mulighed for at give et større afkast.

Det fremgik af omvalgsmaterialet fra april 2011 bl.a., at bestyrelsen anbefalede et skift til investering på markedsvilkår med henvisning til, at tiden var ved at løbe fra traditionelle pensioner med gennemsnitsrente. Omvalgsmaterialet indeholdt oplysning om, at omvalget til markedsvilkår indebar, at ydelsesgarantien på medlemmets eksisterende pensionsordning faldt bort, og at der ikke længere var garanti for størrelsen af fremtidige pensionsydelse. Materialet indeholdt endvidere oplysning om, at fremtidige pensionsydelse ville afhænge af afkastet.

Omvalgsmaterialet indeholdt ikke udtrykkelige oplysninger om, at medlemmerne ved omvalget overtog risikoen for ændringer i de generelle levetidsforudsætninger og betydningen heraf for de fremtidige pensionsydelse. Efter det oplyste gennemførte en række andre pensionsselskaber på samme tid tilsvarende omvalg også uden udtrykkeligt at give deres medlemmer de nævnte oplysninger.

I 2011 havde Finanstilsynet ikke udstedt specifikke retningslinjer for, hvilken information et pensionsselskab skulle give i forbindelse med et omvalg fra et garanteret gennemsnitsrenteprodukt til et markedsrenteprodukt.

Efter bevisførelsen, herunder forklaringerne fra FSP Pensions daværende direktør K og ansvarshavende aktuar L lægger Højesteret til grund, at FSP Pension fandt, at det ikke var væsentligt at omtale levetidsrisikoen i omvalgsmaterialet i 2011, fordi det på daværende tidspunkt var selskabets vurdering, at forventet levetid kun ville stige i et begrænset omfang, og at stigninger ville blive mere end opvejet af afkastforbedringer.

I december 2010 indførte Finanstilsynet for første gang et benchmark for levetidsforudsætninger. Benchmarket fandt først anvendelse for FSP Pensions årsrapport for 2011. Ifølge skønsmand ... var benchmarket ikke umiddelbart anvendeligt for FSP Pension, fordi selskabets beregningsprogram, der var baseret på et andet teknisk grundlag (G82), først skulle tilpasses. Det viste sig efterfølgende, at Finanstilsynets benchmark for 2010 og de følgende årlige justeringer heraf undervurderede den forventede restlevetid. Det var først i 2014, at stigninger i forventet restlevetid i kombination med faldende afkast førte til nedsættelse af pensionsydelse for medlemmer, som havde foretaget omvalg i 2011 til markedsrentepension.

Finanstilsynet foretog i foråret 2011 en egentlig vurdering af, om FSP Pensions omvalgsmateriale var i overensstemmelse med god skik. I den forbindelse pålagde Finanstilsynet selskabet at sende yderligere

Ankenævnet for Forsikring

information til medlemmerne om fordele og ulemper ved henholdsvis gennemsnitsrentepension og markedsrentepension. Efter udarbejdelsen af det supplerende materiale godkendte Finanstilsynet omvalgsmaterialet. Finanstilsynet påtalte ikke, at omvalgsmaterialet ikke indeholdt udtrykkelige oplysninger om, at medlemmerne ved omvalget overtog risikoen for ændringer i de generelle levetidsforudsætninger og betydningen heraf for de fremtidige pensionsydelser. I Finanstilsynets afgørelse af 2. april 2014 om medlemmernes kompensation for omvalget i 2011 påtalte tilsynet heller ikke dette.

Efter det oplyste må de medlemmer, som valgte om til et markedsrenteprodukt i 2011, anses for at være blevet kompenseret for at have opgivet ydelsesgarantien i overensstemmelse med sædvanlige principper herfor.

På denne baggrund finder Højesteret, at omvalgsmaterialet ikke giver grundlag for at tilsidesætte omvalget i 2011 som helt eller delvist ugyldigt. Der er heller ikke i øvrigt et grundlag for at tilsidesætte omvalget eller for at fastslå, at FSP Pension ved omvalget har pådraget sig et rådgivningsansvar.

Konklusion og sagsomkostninger

Højesteret frifinder AP Pension i alle ni sager.

Efter sagernes udfald skal A, B, C, D, E, F, G Boet efter H ved X og I betale sagsomkostninger til AP Pension.

... ”

4.2. Sag 88489. Erhvervsevnetab. Observation. Tilbagebetaling. Ophævelse.

AP Pension

Klageren udviklede i 2008 en højresidig tennisalbye, som hun blev opereret for i marts 2011. Hun fik dækning for tab af erhvervsevne fra 1/10 2010 til 1/10 2012. Herefter vurderede selskabet, at klagerens erhvervsevne ikke var nedsat i dækningsberettigende grad. Klageren blev i august 2012 diagnosticeret med fibromyalgi i svær grad. Virksomhedspraktik og ressourceforløb i henholdsvis 2013 og 2015 viste, at hun ikke kunne arbejde mere end 1 time om ugen med betydelige skænehensyn. Hun blev tildelt hjemmehjælp, og i januar 2013 blev hun bevilget førtidspension. Selskabet ydede på ny dækning for tab af erhvervsevne fra juni til december 2015. Selskabet iværksatte observation af klageren og anførte, at observationerne viste et markant bedre funktionsniveau, end klageren havde oplyst. På den baggrund afviste selskabet, at klageren havde været berettiget til at modtage dækning. Observationerne af klageren viste hende bl.a. cykle, køre bil, rengøre bil, gøre indkøb og gåture, og hun så ubesværet ud. Nævnet fandt, at der var en sådan uoverensstemmelse mellem de af klageren afgivne oplysninger om hendes funktionsniveau og resultatet af observationen, at klageren havde bragt sig i en bevismæssig vanskelig position. Nævnet kunne ikke kritisere, at selskabet havde vurderet, at klagerens erhvervsevne ikke var nedsat i dækningsberettigende grad. Nævnet kunne ikke kritisere, at selskabet havde krævet ydelser fra den 1/6 2015 til den 1/12 2015 tilbagebetalt, og at selskabet havde ophævet erhvervsevnetabsforsikringen pr. 1/12 2015 med henvisning til, at klageren groft havde tilsidesat sin loyalitetsforpligtelse over for selskabet.

Sagen blev indbragt for byretten af klageren. Byretten frifandt den 19/12 2019 selskabet og pålagde klageren at tilbagebetale ydelser fra 1/6 2015 til 1/12 2015. Spørgsmålet om ophævelse ses ikke behandlet i byrettens dom.

Klageren ankede dommen til Østre Landsret, der den 15/2 2023 stadfæstede byrettens dom. Af dommen fremgår:

"Landsrettens begrundelse og resultat

Ankenævnet for Forsikring

[Klageren] er i henhold til forsikringsbetingelserne ... berettiget til udbetaling af invalidepension og bidragsfritagelse, såfremt hendes generelle erhvervsevne varigt er nedsat til halvdelen eller derunder som følge af en dækningsberettiget helbredsmæssig begivenhed.

Som anført af byretten, påhviler det [klageren] at bevise, at hun opfylder betingelserne for udbetaling af invalidepension og bidragsfritagelse.

Det fremgår af de lægelige oplysninger bl.a., at [klageren] i 2010 blev diagnosticeret med højresidig kronisk tennisløb. Af speciallægeerklæring af 14. august 2012 udarbejdet af speciallæge fremgår, at [klageren] har udviklet et smertesyndrom, og at hun opfylder kriterierne for fibromyalgi af en betydelig sværhedsgrad. Retslægerådet udtalte om dette i erklæring af 11. juni 2018, at Retslægerådet ikke kan vurdere, om tilstanden kan karakteriseres som "svær". I 2014 pådrog [klageren] sig endvidere komplekse gener på begge øjne efter en øjenlåsoperation. Speciallæge ... har desuden i forbindelse med konsultation i april 2020 konkluderet, at [klageren] opfylder de internationale konsensuskriterier for ME-træthedssyndrom. Herudover fremgår det af sagens oplysninger, at [klageren] har udviklet en række psykiske gener og lidelser.

Det lægges efter de lægelige oplysninger herefter til grund, at [klageren] lider af flere sygdomme, der har en negativ påvirkning på hendes funktionsniveau, og at hun indtager medicin herfor efter behov.

Landsretten finder imidlertid, at der er væsentlige uoverensstemmelser mellem på den ene side oplysninger om [klagerens] funktionsniveau i de kommunale akter, herunder fra ressourceforløb, og egne beskrivelser af sit funktionsniveau i funktionsskemaet og i den vedlagte funktionsliste ("bilag 1"), som hun har fremsendt til for forsikringselskabets vurdering af hendes erhvervsevnetab, og på den anden side det, der fremgår af [selskabets] videooptagelser og observationer af [klageren], således som disse endvidere er uddybet og understøttet ved forklaringerne afgivet af vidnerne ...

Det er i øvrigt et spørgsmål af lægefaglig karakter, om aktiviteterne er uforenelige med de i sagen foreliggende akter.

Retslægerådet har i erklæring af 11. juni 2018 udtalt bl.a., at der er betydelig diskrepans mellem det af [klageren] beskrevne og beskrivelsen af arbejdsprøvningerne i forhold til det, der er videofilmet. Retslægerådet har yderligere bemærket, at smerter kan variere over tid, men at observationerne er foretaget over en periode på 3 1/2 måned, og at en række af de øvrige funktioner beskrevet og filmet også indebærer bevægeapparatsbelastninger.

Landsretten finder på denne baggrund efter en samlet vurdering, at [klagerens] funktionsniveau må anses for at have været væsentligt bedre end det, der fremgår af speciallægeerklæringerne, de kommunale akter og af [klagerens] egne beskrivelser. Landsretten finder endvidere, at [klageren] ikke kan have været ubekendt med, at hendes oplysninger om sit funktionsniveau på væsentlige punkter ikke var retvisende, og at det havde betydning for [selskabets] vurdering af graden af hendes tab af erhvervsevne. Hun har således, som det også er anført af Ankenævnet for Forsikring, bragt sig i en bevismæssig vanskelig position i forhold til at dokumentere, at hendes generelle erhvervsevne var varigt nedsat med mindst 50 %.

Landsretten finder endvidere, at [klageren] heller ikke ved bevisførelsen for landsretten har godtgjort, at hun efter den 30. september 2012 opfyldte forsikringsbetingelserne for udbetaling af invalidepension og bidragsfritagelse.

Angående [selskabets] ophævelse af [klagerens] erhvervsevnetabsforsikring findes [klageren] efter det anførte at må have vidst, at de oplysninger hun afgav om sit funktionsniveau på centrale punkter var misvisende, og at dette havde betydning for beslutningen om at bevillige hende bidragsfritagelse og invalidepension. Landsretten finder, at [klagerens] adfærd har været af en sådan grovhed, at hun i så væsentlig

Ankenævnet for Forsikring

grad har tilsidesat sin loyalitetsforpligtelse over for [selskabet] som aftalepart, at [selskabet] var berettiget til den 20. november 2015 at ophæve hendes erhvervsevnetabsforsikring.

Det er herefter uden betydning for sagens afgørelse, at [klageren] ifølge speciallæges diagnosticering i april 2020 tillige opfylder de internationale konsensuskriterier for ME-træthedssyndrom.

Det lægges efter bevisførelsen ligeledes til grund, at [klageren] har været i ond tro med hensyn til grundlaget for tildeling af forsikringsydelser i 2015, hvorfor landsretten finder, at [selskabet] er berettiget til at tilbagebetaling af de helbredsbedingede ydelser, som [selskabet] har udbetalt til [klageren] i perioden fra den 1. juni 2015 til den 1. december 2015.

Landsretten stadfæster derfor dommen.

Efter sagens udfald skal statskassen i sagsomkostninger for landsretten betale 275.000 kr. til ... til dækning af udgifter til advokatbistand inkl. moms.

Ud over sagens værdi er der ved fastsættelsen af beløbet til advokat taget hensyn til sagens omfang og forløb og hovedforhandlingens varighed."

4.3. Sag 89328. Erhvervsevnetab. Observation. Retslægerådet. Ophævelse.

Danica Pension

Selskabet ophævede dækningerne på begge klagerens ordninger pr. 1/4 2015 med henvisning til, at han havde begået svig i forbindelse med ansøgning om fortsat nedsættelse af erhvervsevne den 20/12 2012. På baggrund af selskabets observationsmateriale – som viste, at klageren i foråret 2015 bl.a. havde udført rygbelastende opgaver i mange timer om dagen – fandt nævnet, at klageren havde opretholdt et aktivitetsniveau, der var klart uforeneligt med de funktionsbegrænsninger, klageren havde angivet som årsag til sin uarbejdsdygtighed i helbredserklæringen. Klageren havde derfor afgivet urigtige oplysninger om sin funktionssevne. Nævnet kunne herefter ikke kritisere, at selskabet havde ophævet forsikringsdækningen med henvisning til, at klageren havde tilsidesat sin loyalitetspligt.

Sagen blev indbragt for Københavns Byret, der den 3/11 2021 frifandt selskabet.

Klageren ankede dommen til Østre Landsret, der den 8/2 2023 stadfæstede byrettens dom. Af dommen fremgår:

"Landsrettens begrundelse og resultat

Som anført i byrettens dom blev [klageren] den 12. august 2003 bevilget præmiefritagelse og ydelse ved tab af erhvervsevne fra den 18. marts 2003. Ifølge de lægelige oplysninger var [klageren] da svært invalideret af lænderygggener, der havde medført et betydeligt funktionstab. Således fremgår det af erklæring af 27. august 2004 fra speciallæge i neurokirurgi ..., at der i dagligdagen var betydelige funktionsindskrænkninger, således at de reelle arbejdsopgaver i løbet af en dag var særdeles beskedne, og at [klageren] anførte, at han ikke kunne levere en samlet arbejdsindsats, men højst ville kunne sprede ca. 1½ times arbejde ud over hele dagen.

Som videre anført i byrettens dom fremgår det af de observationer, Danica Pension foretog af [klageren] i perioden februar-april 2015, at han på en række af de dage, hvor observationerne blev gennemført, opholdt sig på adressen for sin kones erhvervsvirksomhed i et betydeligt timeantal pr. dag, ligesom han i vidt omfang blev observeret i færd med at udføre opgaver, der bærer præg af egentlige arbejdsopgaver. Der er således væsentlige uoverensstemmelser mellem [klagerens] oplysninger om sit funktionsniveau og observationsrapporterne.

Ankenævnet for Forsikring

Landsretten finder, at det efter forsikringsbetingelserne og Danica Pensions breve af 22. januar 2013 må have stået [klageren] klart, at sådanne oplysninger om ændringer i hans helbredsforhold var af væsentlig betydning for Danica Pensions fortsatte bevillinger om præmiefritagelse og ydelse ved tab af erhvervsevne. [Klageren] har således bevidst tilsidesat sin oplysningspligt over for Danica Pension ved ikke at give selskabet meddelelse om ændringerne i sit funktionsniveau.

På denne baggrund påhviler det [klageren] at godtgøre, at hans erhvervsevne fra den 1. april 2015 er nedsat med mindst halvdelen. Landsretten finder uanset forklaringen fra speciallæge..., at [klageren] ikke har løftet denne bevisbyrde.

Landsretten stadfæster derfor byrettens dom.

Efter sagens udfald skal [klageren] i sagsomkostninger for landsretten betale 100.000 kr. til Danica Pension til dækning af udgifter til advokatbistand inkl. moms. Ud over sagens værdi er der ved fastsættelsen af beløbet til advokat taget hensyn til sagens omfang og forløb."

4.4. Sag 91647. Bygningsforsikring. Udlejning. Hærværk.

AROS Forsikring

Klageren anmeldte en hærværksskade i forbindelse med cannabisproduktion i ejendommen. Klageren anførte, at ejendommen var udlejet, og at lejeren i strid med lejekontrakten overdrog ejendommen til personer, som begik hærværk, hvorfor hærværksmændenes adgang til ejendommen ikke var lovlig. Selskabet afviste dækning under henvisning til, at forsikringen ikke dækkede "hærværk begået af de sikrede, medhjælp, ejendommens beboere, lånere, lejere og andre med lovlig adgang til forsikringstagerens private område". Selskabet henviste endvidere til, at de skete skader ikke var pludselige. Selskabet afviste endeligt dækning under henvisning til, at "de anmeldte skader på ejendommen ... ikke kan anses som skader i forsikringsretlig forstand – lejemålet er behandlet på en uforsvarlig måde, og der kan derfor eventuelt være tale om misligholdelse af forpligtelser i lejeforholdet". Nævnets flertal fandt, at klageren ikke havde bevist, at hun havde været udsat for et dækningsberettigende hærværk. Nævnet fandt, at klageren ikke havde bevist, at skaderne var dækket efter forsikringsbetingelsernes øvrige dækningsområder. Nævnets flertal kunne ikke kritisere, at selskabet havde afvist at yde forsikringsdækning. Nævnet kunne ikke kritisere, at selskabet havde afvist at dække klagerens advokatomkostninger.

Sagen blev indbragt for retten i Roskilde, der den 17/1 2023 frifandt selskabet. Af dommen fremgår:

"Sagsøgte har under sagen gjort gældende, at sagsøgers krav er forældet.

Retten har i medfør af retsplejelovens § 253, jf. § 366, truffet delafgørelse herom den 8. juni 2022, hvortil henvises, og hvoraf fremgår, at retten ikke har fundet, at kravet er forældet.

...

Retten's begrundelse og resultat

Det er sagsøgers bevisbyrde at godtgøre, at der er tale om en dækningsberettiget skade. Retten lægger til grund, at sagsøger har indgået forsikringsaftale med sagsøgte den 1. september 2016. Politiaktionen fandt sted den 13. september 2016, hvor det blev afdækket, at ejendommen var blevet brugt som skunklaboratorie med store skader til følge, herunder at gulvene var gennemvædet med vand, og der var boret huller til ventilation og til elektricitet til varmelamper til skunkplanterne.

Det fremgår, at [gerningsmand] var tiltalt for en periode forud for den 13. september 2016 at have dyrket disse skunkplanter på ejendommen. Det fremgår af bevisførelsen, at planterne kan høstes 3-4 gange om året, og at det tager cirka 3 måneder at fremstille planterne. Dette støttes af, at det er anført i mail af 5.

Ankenævnet for Forsikring

maj 2020 fra politiassistent ..., at arbejde også var at klippe planterne, hvilket tyder på, at planterne var færdige til forarbejdning. Retten finder derfor, at fremstillingen har fundet sted i det væsentligste forud for forsikringsaftalens indgåelse den 1. september 2016 og med stor sandsynlighed også i en længere periode forud herfor, henset til beskrivelsen af ejendommens tilstand, herunder at gulvene var så gennemvædet af vand, at sagsøger var bange for at gå igennem, ligesom sagsøger har forklaret, at der ikke havde været gjort rent i månedsvis.

Der kan således ikke have været tale om en pludselig skade – eller en skade – som er sket i forsikringsperioden den 1. september 2016 til den 13. september 2016, og retten finder allerede af den grund, at der ikke er tale om en dækningsberettiget skade, som anført i forsikringsbetingelserne.

Retten finder dog anledning til at bemærke, at lægger man til grund, at skaden skal henføres under en dækningsundtagelse, og som det påhviler sagsøgte at godtgøre, finder retten, at sagsøgte har løftet bevisbyrden for, at skaden kan henføres under en dækningsundtagelse.

Det fremgår af lejekontrakten, at [lejer] ikke måtte fremleje lejemålet eller låne det ud til andre. [Lejer] fremlejede, ifølge sin egen sms, lejemålet til en ven i strid med lejekontrakten. Denne ven, eller andre, har herefter etableret skunklaboratoriet, idet bemærkes, at politiet af ressourcemæssige årsager ikke har taget stilling til, hvilken rolle [lejer] eventuelt måtte have haft i sagen, da han udrejste til [udlandet] og ikke har ladet høre fra sig.

Efter lejeretlige regler, havde denne fremlejer eller andre, som pågældende måtte have givet adgang til lejemålet, ikke lovlig brugsret til lejemålet, da dette ifølge kontrakten ikke måtte fremlejes eller udlånes, men dette er ikke ensbetydende med, at de rent forsikringsretligt ikke havde lovlig adgang til lejemålet. Der er ikke noget, der tyder på, at ejendommen er blevet overtaget i forbindelse med opbrud af et vindue eller en dør, men derimod, at lejeren ... har givet andre adgang til ejendommen således, som det også fremgår af hans sms. Retten finder derfor, at de personer, som har etableret skunkvirksomhed i ejendommen, i forsikringsretlig henseende har haft lovlig adgang til ejendommen, hvilket også støttes af praksis fra Ankenævnet. Der er herefter også tale om en dækningsundtagelse, og der kan heller ikke af denne grund gives sagsøger medhold i påstanden, hvorefter sagsøgte frifindes.

Sagsomkostninger

Da sagsøger har tabt sagen, skal sagsøger betale sagsomkostninger til sagsøgte, dog lægger retten vægt på, at sagsøgte har tabt sagen vedrørende forældelse, som blev afgjort ved delhovedforhandlingen.

Sagsomkostningerne er herefter, efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 35.000 kr."

Ankenævnet for Forsikring

4.5. Sag 91871. Erhvervsevnetab. Observation. Tilbagebetaling. Ophævelse.

Danica Pension

Pr. 1/8 2017 standsede selskabet dækningen ved tab af erhvervsevne og ophævede erhvervsevnetabsforsikringen. Klageren var i 1993 udsat for en arbejdsulykke, da han forulykkede i sin lastbil og fik en forvridning af nakken. I arbejdsskadesagen blev klagerens varige mén fastsat til 20 % og erhvervsevnetabet til 65 %. Klageren oplyste til selskabet, at han havde brug for meget ro og hvile, og at han fik tinnitus samt spændinger i hoved og nakke, hvis ikke han passede på. Klageren oplyste, at han kun i begrænset omfang kunne gå på trapper, bøje sig fremover, til siden, ligge på knæ eller sidde på hug, samt strække armene over skulderhøjde eller løfte noget over skulderhøjde. Han kunne kun løfte meget lidt. Han tidligere havde sejlet meget, men det gjorde han ikke længere pga. smerter. Selskabet havde foretaget observationer af klageren, der viste et aktivitetsniveau, der ifølge selskabet ikke var i overensstemmelse med oplysningerne om det nedsatte funktionsniveau. Klageren anførte, at selskabet havde observeret ham i en periode, hvor han havde været ekstraordinært aktiv, bl.a. pga. flytning, og at han havde haft flere hold elever til praktisk prøve. Nævnet fandt, at klageren ikke har bevist, at hans erhvervsevne er nedsat i dækningsberettigende grad efter den 1/8 2017. Nævnet kunne ikke kritisere, at selskabet har ophævet klagerens forsikringsdækninger pr. 1/8 2017 med hensyn til erhvervsevnetabsdækning, idet klageren væsentligt har tilsidesat sine kontraktretlige forpligtelser over for selskabet –herunder den loyale samarbejds- og oplysningspligt.

Sagen blev indbragt for Københavns Byret, der den 1/12 2021 frifandt selskabet. Dog fik selskabet ikke medhold i den selvstændigt nedlagte påstand om, at klageren skulle tilbagebetale modtagne ydelser. Af dommen fremgår:

"Rettens begrundelse og resultat

Ad ophævelsen

På baggrund af de afspillede videooptagelser og de tilhørende observationsrapporter finder retten, at sagsøgeren i januar, april og maj 2017 havde et betydeligt aktivitetsniveau, herunder udførte fysisk ganske anstrengende aktiviteter. Således har sagsøgeren klatret på stige, været på genbrugspladsen, handlet i byggemarked og i den forbindelse håndteret større, tungere varer, samt opsat og efterfølgende nedtaget postkasse under udfoldelse af betydelig kraftanstrengelse og i krævende arbejdsstillinger. På videoerne ses sagsøgeren tillige at have en ubesværet gang og ubesværet indstigning i sin bil, herunder med varer i hånden. Der er således på videooptagelserne ikke noget, der tyder på, at sagsøgeren lider af fysiske begrænsninger i nævneværdigt omfang.

Sagsøgeren har i et skema vedrørende funktionsevne i hverdagen oplyst blandt andet, at han har problemer med balancen, og han har på spørgsmålene om, hvorvidt han kan gå på trapper, bøje sig fremover og til siden, ligge på knæ, sidde på hug, strække armene over skuldrene og løfte noget over skuldrene svaret, "I mindre grad. Det afhænger af hvordan jeg har det. Bliver hurtigt træt da det er belastende". Om sine daglige aktiviteter, herunder huslige, har sagsøgeren i skemaet svaret, at "Opgaverne bliver udført men det tager lang tid. Hvis man sammenligner mine smerter med grøn, gul og rød, så er lampen aldrig grøn men gul, og den bliver hurtigt rød". Om gener/smerter har sagsøgeren svaret, at disse er konstante og viser sig ved "nakkespændinger, tinnitus, rygsmerter især mellem skulderblade og lænd, ondt i hofte og knæ, lampen er altid gul og bliver nemt rød". Smerterne "tiltager i løbet af dagen". Sagsøgeren har endvidere svaret, at han "kan kun lidt af gangen, så tiltager spændinger og smerter med efterfølgende ro og hvile".

Ankenævnet for Forsikring

Retten finder, at omfanget og karakteren af de observerede aktiviteter ikke er forenelige med de oplysninger om sine begrænsninger, som sagsøger giver i skemaet. Retten bemærker i den forbindelse, at det anførte om nødvendigheden af ro og hvile efter fysisk aktivitet heller ikke stemmer med det observerede. Således observeredes sagsøgeren aktiv og med helt upåfaldende bevægelser i dagene efter den 3. maj 2017, hvor han udviste betydelige kraftanstrengelser i forbindelse med opsættelse af ny og nedtagelse af gammel postkasse.

På baggrund af antallet og varigheden af observationerne over en længere periode og selve karakteren af flere af aktiviteterne er der ikke en risiko for, at de observerede aktiviteter alene har været udtryk for tilfældigheder og ikke giver et retvisende billede.

Det kan på baggrund af sagsøgerens egen forklaring, annoncerne på internettet og observationerne endvidere lægges til grund, at sagsøgeren i mere end 15 år har undervist i ... og i den forbindelse har afviklet øvelser og praktisk prøve med sine kursister i sin egen ... Dette har sagsøger ubestridt ikke oplyst sagsøgte om før i 2017 efter sagsøgtes henvendelse.

Det kan endvidere lægges til grund, at sagsøgeren først ved telefonsamtalen med sagsøgte den 18. maj 2017 oplyste, at han havde uddannet sig til ... Sagsøgeren oplyste, at det var på hobbyplan, og at han tjente 10-15.000 kr. om året. Det lægges efter sagsøgerens forklaring og efter sagsøgtes søgning på internettet til grund, at sagsøger i sin bolig i 2017 havde etableret klinik og fået lavet en hjemmeside.

Efter en samlet vurdering finder retten, at sagsøgeren ikke har opfyldt sin forpligtelse til at give sagsøgte retvisende oplysninger om sin fysiske formåen og reelle erhvervsaktivitet. Sagsøgte har derfor været berettiget til at ophæve sagsøgerens forsikringer hos sagsøgte, hvorfor sagsøgte frifindes, og sagsøgtes påstand 1 tages dermed samtidig til følge.

Ad tilbagebetalingskravet

Det er ovenfor fastslået, at sagsøgeren i forbindelse med sagsøgtes undersøgelser af, hvorvidt betingelserne for fortsat udbetaling var opfyldt, handlede illoyalt. Kravet om tilbagebetaling i overensstemmelse med sagsøgtes påstand herom findes imidlertid at forudsætte, at det med betydelig sikkerhed kan godtgøres, at sagsøgte ikke siden den 1. januar 2016 har været berettiget til at oppebære udbetaling fra sagsøgte.

Retten finder, at omend sagsøgerens mangeårige beskæftigelse med undervisning inden for ... skaber en formodning for, at sagsøger i en periode forud for ophævelsen har haft en erhvervsevne på mere end en tredjedel, og at de observerede aktiviteter sammenholdt med sagsøgerens oplysning i skemaet vedrørende hans funktionsevne og hans forklaring om, at han ikke har oplevet nogen bedring tillige skaber en formodning for, at sagsøgerens erhvervsevne ikke pludseligt har forbedret sig, så foreligger der ikke et sikkert grundlag for at fastslå dels det reelle omfang af sagsøgerens erhvervsevnetab, dels den tidsmæssig udstrækning heraf. Retten bemærker i den forbindelse, at speciallæge i neurologi SØ i sin erklæring af 8. maj 2020 blandt andet konkluderer, at sagsøgerens arbejdsevne skønnes svært til middelsvært nedsat. Retten finder det således ikke godtgjort, at sagsøgte har et tilbagebetalingskrav som påstået, hvorfor sagsøgeren frifindes for sagsøgtes påstand 2.

Sagsomkostninger

Sagsøgte skal efter sagens udfald betale sagsomkostninger til sagsøgte på baggrund af en sagsværdi opgjort skønsmæssigt af sagsøgeren til knap 2,9 millioner kroner, idet der ved fastsættelsen af sagsomkostningerne dog skal tages højde for, at sagsøgte ikke har fået medhold i sin selvstændige påstand om

Ankenævnet for Forsikring

tilbagebetaling af 330.804 kr. med tillæg af renter. Sagsomkostningerne, der alene udgør et passende beløb til dækning af sagsøgtes udgifter til advokatbistand, fastsættes herefter til 100.000 kr."

4.6. Sag 93590. Erhvervsevnetab. Observation. Tilbagebetaling. Ophævelse.

Danica Pension

Selskabet standsede pr. 1/6 2018 ydelser og præmiefritagelse med henvisning til, at klagerens erhvervsevne ikke længere var nedsat i dækningsberettigende grad. Klageren var i 2007 tilkendt førtidspension og havde fået ydelser fra selskabet. Efter en opfølgning på klagerens tilstand i 2017 iværksatte selskabet observation. Selskabet anførte, at de observerede aktiviteter – herunder sport – og omfanget heraf viste, at klagerens egne oplysninger om sine gener var klart uforenelige med hans faktiske aktivitetsniveau. Klageren fremlagde en erklæring fra en speciallæge, der oplyste, at der var overensstemmelse mellem klagerens gener og de objektive fund. Klageren anførte, at selskabet ved visse observationer havde forvekslet ham med andre personer. Nævnets flertal fandt, at der ikke var grundlag for at kritisere selskabets afgørelse.

Sagen blev indbragt for Retten i Lyngby, der den 30/6 2022 frifandt selskabet. Af dommen fremgår:

"Rettens begrundelse og resultat

Der er ikke oplysninger i sagen, som understøtter forsikringstagers egen forklaring om en skulderoperation i december 2017, der skulle have påvirket hans fysiske formåen, og som han ikke kendte resultatet af endnu, da han to måneder senere den 28. januar 2018 udfyldte det omstridte funktionsevneskema. Retten kan herefter ikke lægge denne del af forsikringstagers forklaring til grund.

Retten lægger derimod til grund, at forsikringstagers funktions- og aktivitetsniveau ved hans udfyldelse af funktionsevneskemaet den 28. januar 2018 var helt tilsvarende det funktions- og aktivitetsniveau, han havde knapt 3 måneder senere, da han blev observeret af forsikringsselskabet i perioden 16.-20. april 2018 og 23.-26. april 2018.

Forsikringstager selv har oplyst, at hans gener er konstante og viser sig stort set ens hver dag. Forsikringstager har aldrig dage, hvor han intet mærker til sin sygdom, eller dage hvor funktionsevnen er stort set normal. På denne baggrund lægger retten til grund, at de observerede ni dage er repræsentative for forsikringstagers daglige aktivitets- og funktionsniveau.

Observationsrapporterne med tilhørende videooptagelser giver et klart billede af ubesværet fysisk aktivitet hos forsikringstager flere dage i træk. På denne baggrund og sammenholdt med de afgivne vidneforklaringer fra ... , ... og ... , finder retten det bevist, at forsikringstager har en hverdag, hvor han kan være i aktivitet og væk fra sit hjem i op til 16 timer på en dag. Forsikringstager kan udføre gøremål som at gå 18 hullers golf på 5½ time, gå ubesværet op ad en trappe, køre bil både tur og retur samme dag fra [by i ... til by på ...], køre på en almindelig herrecykel, handle ind i byggemarkeder, fragte byggematerialer, tilse renoveringsarbejder på flere ejendomme, løfte sin golfbag og el-vogn til golfbag ind og ud ad sin bil, fylde og tømme en Junkbag med diverse byggematerialer og i den forbindelse betjene en elektrisk kran samt løfte og håndtere genstande med en vægt på op til 25 kg. At observatørerne muligt i forbindelse med observationerne den 17. april 2018, den 19. april 2018 og den 23. april 2018 kan have taget fejl af, hvorvidt det var forsikringstager eller forsikringstagers [familiemedlem], der kørte i forsikringstagers bil, ændrer ikke ved bevisværdien af observationsrapporterne i øvrigt.

Ved udfyldelsen af funktionsevneskemaet har forsikringstager oplyst, at han kan gå 15 til 30 minutter ad gangen, og på ujævnt terræn kun kortvarigt og ikke uden smerter, at han kun kan cykle på en stationær cykel, at hans hidtidige fritidsaktiviteter pt. er sat stand by, og at han ikke kan gå med en indkøbspose i

Ankenævnet for Forsikring

højre hånd. Forsikringstager har i funktionsevneskemaet beskrevet en dagligdag med daglige rutiner, hvorefter han starter dagen langsomt op med at stå op mellem kl. 8-9, spiser morgenmad kl. 9-10, laver småting og altid hvile om eftermiddagen, lufte hund, TV og socialt samvær.

Herved har forsikringstager afgivet flere væsentlige og urigtige oplysninger om egen formåen og daglige aktivitetsniveau, og retten finder samlet set, at forsikringstagers oplysninger i funktionsevneskemaet om omfanget og karakteren af hans gener og funktionsindskrænkninger er klart uforenelige med de reelle faktiske forhold.

Retten finder efter en samlet vurdering af bevisførelsen, at forsikringsselskabet har godtgjort, at forsikringstager bevidst har undladt at opfylde sin forpligtelse til loyalt at afgive korrekte og dækkende oplysninger om egen formåen i forbindelse med udfyldelsen af funktionsevneskemaet den 28. januar 2018. Forsikringsselskabet var som følge heraf berettiget til at ophæve forsikringstagers erhvervsevnetabsforsikring og præmiefritagelse som sket.

Derfor skal forsikringsselskabet frifindes for forsikringstagers påstande.

Forsikringsselskabet har nedlagt selvstændig påstand om tilbagebetaling af værdien af udbetalte ydelser og den ydede præmiefritagelse i tre år regnet fra ophævelsestidspunktet.

Det er ubestridt og lægges som ubestridt af retten til grund, at i den periode på tre år regnet fra ophævelsestidspunktet er der ikke sket en bedring af forsikringstagers helbredsmæssige forhold.

I et tilfælde som det foreliggende, hvor forsikringstager på tro og love har afgivet flere væsentlige og urigtige oplysninger om egen formåen og daglige aktivitetsniveau, må det i første række påhvile forsikringstager at godtgøre, at han på ophævelsestidspunktet og i en periode på tre år forud herfor fortsat opfyldte betingelserne for hel eller delvis udbetaling af invalideydelse og præmiefritagelse.

Denne bevisbyrde er ikke løftet.

Det må herefter lægges til grund, at forsikringstager i perioden på tre år regnet fra ophævelsestidspunktet ikke opfyldte betingelserne for udbetalingerne og præmiefritagelse, der således er modtaget af forsikringstager med urette.

Retten finder, at i et tilfælde som det foreliggende, hvor forsikringstager på tro og love har afgivet flere væsentlige og urigtige oplysninger om egen formåen og daglige aktivitetsniveau, må det i første række påhvile forsikringstager at godtgøre, at han var i god tro, da han modtog de omstridte udbetalinger og præmiefritagelse. Denne bevisbyrde er ikke løftet.

Forsikringsselskabet har derfor krav på tilbagebetaling, medmindre der er indtrådt forældelse.

Det følger af forældelseslovens § 3, stk. 1 og 2, at forældelsesfristen er 3 år, og var fordringshaveren ubekendt med fordringen, regnes forældelsesfristen først fra den dag, da fordringshaveren fik eller burde have fået kendskab hertil.

Det tidligst mulige tidspunkt, hvor forsikringsselskabet fik eller burde have fået kendskab til kravet om tilbagebetaling, kan fastsættes til den 16. april 2018, hvor forsikringsselskabet indledte observationerne af forsikringstageren. Kravet om tilbagebetaling er af forsikringsselskabet indtalt ved retten den 25. februar 2020, og ingen del af kravet er derfor forældet.

Herefter tager retten forsikringsselskabets selvstændige påstand, der beløbsmæssigt ikke er bestridt, til følge.

Sagsomkostningerne er fastsat samlet til i alt 250.000 kr. Heraf vedrører 35.600 kr. dækning af retsafgifter, 6.895,40 kr. dækker udlæg til vidne, mens resten er et skønsmæssigt fastsat passende beløb til dækning af advokatudgift henset til sagens værdi, forløb og udfald." Det er oplyst, at [selskabet] ikke er momsregistreret.

Ankenævnet for Forsikring

THI KENDES FOR RET:

[Selskabet] frifindes.

Inden 14 dage skal [klageren] betale 1.470.552,00 kr. med tillæg af procesrente fra den 25. februar 2020 til [selskabet]"

4.7. Sag 95022. Indboforsikring. Dokumentation. Politianmeldelse. Forældelse.

Tryg Forsikring

Klageren anmeldte den 21/12 2015, at hun havde haft indbrud den 20/12 2015. Klageren fremsendte sin erstatningsopgørelse den 1/8 2016, der var på over 700.000 kr. Selskabet afviste den 21/3 2017 at yde dækning og indgav politianmeldelse for forsøg på bedrageri, idet klageren havde fremsendt kvitteringer for 14 genstande, som hun havde fået dækket ved et indbrud i 2012. Politiet opgav den 13/2 2019 sagen. Selskabet anførte, at klagerens eventuelle krav var forældet, idet den 1-årige forældelsesfrist i forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, 1. pkt. blev suspenderet og derfor skulle regnes fra tidspunktet for politiets sigtelsesopgivelse. Nævnet fandt, at selskabet i en mail havde givet klageren tilsagn om, at selskabet ville afgøre klagerens krav i anledning af det anmeldte tyveri i sin helhed, når afgørelse fra politiet forelå. Selskabet havde ikke fremlagt en sådan afgørelse, hvorfor den 1-årige forældelse, jf. FAL § 29, stk. 5, ikke var indtrådt forud for, at klagen blev indgivet til nævnet. Nævnet fandt, at selskabets fuldstændige afvisning af det fremsatte krav var sket på et relativt spinkelt grundlag, mens klagens dokumentation for sit krav ligeledes kunne være underbygget væsentligt bedre. På den baggrund fandt nævnet, at en stillingtagen til klagerens krav måtte ske ved domstolene, hvor de enkelte af klagerens krav ville kunne være genstand for en mere indgående bevisførelse.

Sagen blev indbragt for Retten i Glostrup, der den 5/12 2023 pålagde selskabet at betale 65.000 kr. til klageren med tillæg af procesrente fra sagens anlæg. Af dommen fremgår:

"Retten bemærker, at forsikringsbetingelserne er retten ubekendt, men at sagsøgte ikke har bestridt, at sagsøger har været forsikret mod indbrudstyveri hos sagsøgte. Eventuelle forbehold, som policen måtte indeholde, er ikke oplyst eller påberåbt.

Sagsøger har den 20. december 2015 anmeldt indbrud til politiet, og der foreligger anmeldelsesrapport. Sagsøgte har ikke oplyst omstændigheder som afkræfter, at sådant indbrud er foregået. Retten finder herefter at der foreligger en forsikringsbegivenhed.

Af anmeldelsesrapporten fremgår, at politiet har foretaget gerningsstedsundersøgelse den 20. december 2015, og at kostervalg her er noteret som "alle julegaver, computer, smykker og kontanter". Der foreligger ikke andre oplysninger om eventuel efterfølgende indberetning til politiet om yderligere koster. Retten lægger derfor alene vægt på anmeldelsesrapportens oplysning om kostervalg, som afgrænsning for kravets omfang.

Sagsøgers indberetning i august 2016 indeholder en række poster om beklædning, legetøj, elektronik, kosmetik og smykker, som er oplyst indkøbt i november og december 2015. Retten finder, at disse kan være foreneligt med kostervalget "alle julegaver", og en sammentælling heraf udgør godt 15.000 kr.

Der er ingen oplysninger om computer. Retten skønner at en computer har en værdi af ca. 7.000-10.000 kr.

Listen indeholder oplysning om et kontantbeløb på 20.000 med ID og kort – formentlig betydende i en pung – og 14.400 i mønter i en sparegris. Sidstnævnte oplysning synes usikker, da det erfaringsmæssigt er vanskeligt at vide, hvad en sparegris indeholder før, den bliver slagtet.

Ankenævnet for Forsikring

Listen indeholder endvidere en opstilling af en række smykker erhvervet gennem en længere årrække tilbage fra 1990'erne. Sammentælling af sagsøgers opregnede værdiangivelser udgør 318.200 kr.

Uden nærmere verifikation af tilstedeværelsen af de påberåbte effekter og uden anden sikker oplysning om effekternes værdi, er retten overladt til at træffe afgørelse efter skøn over sagens oplysninger i øvrigt. Efter sagsøgers indtægtsforhold og efter oplysning om familiens forhold i øvrigt, findes det ikke godtgjort, at det stjålne har haft så omfattende værdi, som af sagsøger påberåbt.

Retten skønner derfor at det stjålne har en samlet værdi af 65.000 kr.

Retten finder efter sagens værdi, forløb og udfald at ingen af sagens parter skal betale omkostninger til modparten. Retten tillægger det herved betydning, at sagsøger har måttet tåle, at sagsøgte indgav politianmeldelse overfor sagsøger ligesom Forsikringsankenævnet fandt, at sagsøgtes fuldstændige afvisning af kravet var truffet på et meget spinkelt grundlag.

Retten har dog ligeledes tillagt det betydning, at sagsøgers krav heller ikke for retten har været bedre underbygget, end det var for Forsikringsankenævnet."

4.8. Sag 95058. Chiptuning. Urigtige risikoplysninger.

Alka Forsikring

Selskabet afviste at dække et anmeldt tyveri af klagerens bil. Selskabet anførte, at klageren havde afgivet urigtige oplysninger ved tegningen, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, da han ikke havde oplyst, at bilen var ombygget i voldsom grad, og at selskabet i henhold til sine acceptregler ikke ville have tegnet forsikringen, hvis klageren havde givet korrekte oplysninger om bilen. Klageren anførte, at han aldrig havde modtaget forsikringsbetingelserne. Nævnet fandt, at klageren ikke havde bevist, at han ikke var blevet tilstrækkeligt informeret om de eksisterende forsikringsbetingelser. Nævnet fandt, at selskabet på behørig vis havde påberåbt sig sine rettigheder i henhold til forsikringsaftalelovens § 8. Nævnet fandt, at bilen på indtegningsstidspunktet var ombygget og havde flere hestekræfter end de 306, som bilen var registreret med, og at klageren var bekendt hermed. Nævnet fandt, at klagers undladelse af at oplyse om ombygningen af motoren måtte tilregnes ham som groft uagtsomt, jf. forsikringsaftalelovens § 7, jf. § 6 og sag 91555. Nævnet fandt, at selskabet havde bevist, at selskabet i henhold til selskabets acceptregler ikke ville have tegnet forsikringen, hvis de rigtige forhold var blevet oplyst. Nævnet kunne ikke kritisere, at selskabet havde afvist at yde forsikringsdækning for den stjålne bil.

Sagen blev indbragt for Retten i Glostrup, der den 14/12 2022 frifandt selskabet. Af dommen fremgår:

"Rettens begrundelse og resultat

Retten skal tage stilling til, om A, efter bilens bortkomst, er berettiget til udbetaling af kaskoforsikring og i givet fald beløbets størrelse.

Konstruktive ændringer

Retten har lagt til grund, at der var foretaget følgende konstruktive ændringer på bilen, da A bestilte ansvars- og kaskoforsikring forud for den 14. december 2018 med ikrafttræden den 1. januar 2019:

- Bilstein B 16 gevind undervogn /senere ændret til B 12 undervogn.
- Optimering med Flashing af gearkassen XHP.
- Større Wagner Intercooler.
- Større downpipes.
- Chipning af bilen til en effekt på 430 HK. (standard 306 hk).

Ankenævnet for Forsikring

- Opgradering af motorhjelm, skærme, baglygter, bagklap, forbro til LCI model.

Retten har lagt vægt på, at de konstruktive ændringer fremgår specifikt af en annonce i Den Blå Avis fra den ... 2018, som A dog har oplyst, at han ikke havde set forud for Alkas afslag på dækning.

Den tidligere ejer af bilen ... har overfor Alkas skadebehandler bekræftet, at bilen var chiptunet, og at han havde talt med A om det.

Vidnet [selskabets skadekonsulent] har forklaret, at en bil lovligt kan tunes med op til 20 %.

Der er krav om dokumentation for at bilen fortsat opfylder bl.a. miljøkravene. Derfor skal bilen undersøges for udledning, når den er tunet.

Retten bemærker, at der ikke er dokumentation for, at bilen opfyldte miljøkravene.

Det fremgår heller ikke af synsrapporten fra den 29. januar 2018, at der forud for synet var oplyst om chiptuning. Ved et almindeligt syn, hvor bilen ikke kommer på rullefelt, kan man ikke konstatere, om bilen er chiptunet. Da bilens antal HK var forøget fra 306 til 430 HK, var bilen chiptunet med 40,5 %.

Retten lægger derfor til grund, at det ikke var lovligt at anvende bilen til kørsel på offentlig vej.

A har forklaret, at han ikke læste slutsedlen igennem, hvor der står, at bilen ikke var chiptunet, men han vidste fra sælgeren, at bilen var chiptunet.

Han var dog ikke klar over, at bilen var tunet til 430 HK. Sælgeren havde oplyst, at bilen var synet med det, der var på den, derfor opfattede han bilen som lovlig. Det er sælgeren, der har oplyst ham om, at han skulle downloade appen MKD for at ændre tuningen. Han downloadede appen på en tidligere telefon og fjernede tuningen primo januar 2019.

Retten bemærker, at det er en almindelig fremgangsmåde ved installering af en app, at man som bruger bliver oprettet eventuelt med et kodeord, hvorfor det vil være muligt at tilgå appen fra en anden telefon. Af transskribering af samtale med sagsbehandleren, fremgår, at A oplyste, at han i oktober/november 2018 var blevet rådgivet af en mekaniker til at fjerne tuningen, da den ikke var god for bilen.

Det forekommer påfaldende, at der gik flere måneder efter mekanikerens rådgivning, før tuningen angiveligt blev fjernet. Det forekommer utroværdigt, når A har forklaret, at han ikke længere har adgang til MKD appen, fordi han ikke er i besiddelse af den mobiltelefon, hvor han oprindeligt havde installeret den. A har efter bilens bortkomst den 15. juli 2019 eftersøgt bilen i Bilmagasinet, hvor det blandt andet fremgår, at "... motoren har fået lidt tuning. Den larmer kraftigt fra udstødningen."

A har hertil forklaret, at han havde oplyst, at bilen larmede, fordi motoren larmede om morgenen, når den var kold, eller når man gassede op.

Han havde givet nogen oplysninger til magasinet, hvorefter de havde udfærdiget annoncen. Hvis han har brugt ordet tuning, har han ikke sagt chiptuning.

Bilen har et meget sporty udtryk, hvilket også indebærer en tuning.

Retten finder, at det på baggrund af omstændighederne omkring brugen af appen og ordlyden i eftersøgningen forekommer tvivlsomt, om tuningen rent faktisk blev fjernet eller er geninstalleret. En intercooler giver ikke i sig selv flere hestekræfter, men giver plads til tuning, og downpipes forbinder turboen med den resterende del af udstødningen og påvirker derfor lyden. Ingen af disse er efter s forklaring fjernet efterfølgende.

Retten har herefter lagt til grund, at A var bekendt med, at bilen på tidspunktet for forsikringens tegning afveg fra standardmodellen, herunder at bilens undervogn var konstruktivt ændret og at motoren var chiptunet og dermed havde forøget motorkraft.

Forsikringstegningen

Ankenævnet for Forsikring

A har tegnet forsikringen på Internettet. Han har tastet bilens registreringsnummer, hvorefter oplysninger om bilmærke, årgang, drivmiddel og antal HK er fremkommet fra motorregisteret.

Af printscreen af bestillingsflowet fremgår Alkas forudsætninger for at tegne forsikring. Om Forsikringens dækning og pris fremgår blandt andet, at det er en betingelse, at "din bil er en standardbil, dvs., at der ikke er foretaget konstruktive ændringer i karosseri eller motor."

Ved slutningen af bestillingen har A accepteret selskabets handelsbetingelser, hvoraf fremgår: "Når du modtager din police, er det vigtigt, at du går den igennem og sikrer, at oplysningerne er korrekte. Hvis der er forkerte oplysninger, kan det i værste fald betyde, at du mister hele eller dele af retten til erstatning. Så gør dig selv den tjeneste at læse policen nøje igennem og kontakt os hurtigst muligt, hvis du har ændringer".

Det fremgår af Faktaark om bilforsikringen, som blev fremsendt til A den 14. december 2018, at "Du skal kontrollere din police og sikre dig, at alle oplysninger er korrekte."

Herudover fremgår det af policerne, hvoraf A har modtaget to, henholdsvis den 14. december 2018 og 23. april 2019: "Det er vigtigt, at bilens motorstørrelse, HK og det oplyste årlige kilometerforbrug er korrekt. Er det ikke korrekt skal Alka omgående have besked om dette, da det i en eventuel skadesituation kan medføre nedsat erstatning, hvis oplysningerne ikke er korrekte."

Af forsikringsbetingelserne vedr. kaskoforsikring pkt. 6.1 fremgår, at forsikringen omfatter: "Bilen som den står beskrevet i policen med fabrikat, model, årgang, motorstørrelse, brændstofs type og antal he-stekræfter".

Retten bemærker, at det er almindelig kendt, at der til en forsikring hører forsikringsbetingelser. A havde erfaring med at tegne forsikring på en bil, og der var i policen oplysning om, hvordan forsikringsbetingelserne kunne tilgås på hjemmesiden.

A kunne ved bestillingen vælge antal HK op til 306 HK. Uagtet han var bekendt med, at bilen havde væsentlig flere HK, undlod han at kontakte Alka og oplyse, at hans bil havde flere HK.

Retten finder, at det må anses for almindeligt kendt, at bilmodel, årgang og motorstørrelse – herunder ombygget motor – har væsentlig betydning for vilkår og pris på en bilforsikring.

Der var ved bestillingen ingen oplysninger, som kunne give Alka anledning til at undersøge forholdene nærmere. Alka har oplyst, at der ikke er praksis for at forhøre sig hos et tidligere forsikringsselskab. A kunne ikke have en berettiget forventning herom, og der er heller intet, som indikerer, at det tidligere forsikringsselskab, ..., havde kendskab til de konstruktive ændringer og kunne have oplyst herom.

Retten finder herefter, at det er bevist, at A har afgivet urigtige oplysninger, da han forud for den 14. december 2018 bestilte forsikringen, hvor det fremgik, at bilen havde 306 HK og undlod at oplyse, at der var foretaget konstruktive ændringer af bilen, herunder at den var chiptunet til et højere antal HK. Det burde have stået ham klart, at de ikke oplyste omstændigheder havde betydning for selskabet og forholdet kan derfor tilregnes ham som groft uagtsomt, jf. forsikringsaftale lovens §§ 6, stk. 1 og 7.

Retten bemærker, at A er forbruger. Den omstændighed, at den urigtige oplysning ikke har haft indflydelse på forsikringsbegivenhedens indtræden (bilens bortkomst) kan ikke i sig selv føre til, at der skal være dækning.

A kunne, inden han bestilte forsikringen, læse på hjemmesiden, at det var en forudsætning for Alka, at bilen var en standardbil, det vil sige, at der ikke var foretaget konstruktive ændringer af karosseri eller motor. Retten finder ikke, at den omstændighed, at ikke på hjemmesiden aktivt blev bedt om at forholde sig til at bilen var en standardbil, kan føre til, at der foreligger særlige omstændigheder, som anført i

Ankenævnet for Forsikring

forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3. Bestemmelsen finder i øvrigt ikke anvendelse, når der som her foreligger grov uagtsomhed.

Retten finder, at Alka har løftet bevisbyrden for, at forsikringsselskabet ikke ville have accepteret A's bestilling af en forsikring forud for den 14. december 2018, heller ikke mod en højere betaling, hvis det var blevet oplyst, at bilen var ombygget i det skete omfang.

Retten har lagt vægt på Alkas interne Forretningsgang, hvoraf fremgår at Alka ikke forsikrer ombyggede biler. Hvis en kunde insisterer på en pris, tegnes alene ansvarsforsikring, men ikke kaskoforsikring. Som eksempel på ombygning af en bil er nævnt: Montering af udstødning eller styretøj, som ikke er standard for den pågældende model, sænket undervogn og forøgelse af hestekræfter efter montering af chip tuning, turbo, turbo udstødning eller lignende.

A meldte bilen stjålet den 15. juli 2019. Da Alka mundtligt den 26. juli 2019 og skriftligt den 15. september 2019 meddelte afslag på dækning, sammenholdt med praksis, finder retten, at Alka uden unødigt ophold har påberåbt sig, at de urigtige oplysninger, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1 fører til, at der ikke er dækning, jf. forsikringsaftalelovens § 8.

Under disse omstændigheder er der ikke grundlag for at tage stilling til, om der ved bilens bortkomst er indtrådt en forsikringsbegivenhed.

Alka Forsikring ikke bundet af kaskoforsikringen og frifindes.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb, herunder varigheden af afholdte møder og sagens udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 40.000 kr. inkl. moms.

4.9. Sag 95630. Erhvervsevnetab. Fleksjob. Arbejdsprøvning.

PFA Pension

Klageren var fra 2015 til 2017 impliceret i 3 færdselsuheld, og hun fik piskesmældslæsion med nakkesmerter, hovedpine og kognitive gener. Nævnet havde i sin tidligere kendelse 92095 af 20/3 2019 givet selskabet medhold i, at klagerens generelle erhvervsevne efter den 1/6 2017 ikke var nedsat med mindst 2/3. Klageren blev den 2/4 2019 visiteret til fleksjob med en ugentlig arbejdstid på 9 timer. Selskabet afviste fortsat dækning, idet klageren ikke havde bevist, at der var sket en sådan forværring af klagerens tilstand, at erhvervsevnen efter den 20/3 2019 var nedsat med mindst 2/3. Nævnet fandt, at klageren ikke havde bevist, at klagerens generelle erhvervsevne efter den 20/3 2019 var nedsat med mindst 2/3, og at klageren ikke ville være i stand til at tjene mindst 1/3 af, hvad der er sædvanligt for personer med lignende uddannelse og alder. Nævnet lagde vægt på, at der i de lægelige oplysninger ikke var beskrevet en forværring af klagerens helbredsgener, at klageren kun havde været arbejdsprøvet i én jobfunktion, og at klageren fik tilkendt fleksjob i samme funktion.

Sagen blev indbragt for Københavns Byret, der den 26/9 2023 frifandt selskabet. Klageren gjorde under byretssagen gældende, at tvisten skulle afgøres efter et andet sæt forsikringsbetingelser, hvor klageren var berettiget til helbredsbedingede ydelser ved en nedsættelse af erhvervsevnen med halvdelen. Af dommen fremgår:

"Rettens begrundelse og resultat

Efter pensionsvilkårene af 15. februar 2017 havde [sagsøger] ret til løbende udbetaling af erhvervsevneforsikring, hvis hendes erhvervsevne som følge af sygdom eller ulykkestilfælde var nedsat, sådan at hendes evne til at udføre arbejde ud fra en helbredsmæssig vurdering var nedsat med mindst 50 pct.

Ankenævnet for Forsikring

Efter pensionsvilkårene af 14. juni 2017 har [klageren] ret til løbende udbetalinger, hvis hendes erhvervs-evne som følge af sygdom eller ulykkestilfælde ud fra en helbredsmæssig vurdering er nedsat til en tredjedel eller derunder.

[Sagsøger] har bevisbyrden for, at hun alene kan arbejde 9 timer om ugen. Det forhold, at kommunen har bevilget fleksjob med løntilskud, sådan at hun alene skal arbejde 9 timer om ugen, skaber ikke i sig selv en formodning for, at dette er tilfældet. Fleksjobbet blev bevilget efter arbejdsprøvning hos en enkelt arbejdsgiver, og det fremgår ikke, hvor længe [sagsøger] blev arbejdsprøvet i de forskellige funktioner hos arbejdsgiveren.

Efter en samlet vurdering finder retten ikke, at [sagsøger] har løftet bevisbyrden for, at hendes erhvervs-evne er nedsat med mindst 50 pct. eller til en tredjedel eller derunder. Retten har navnlig lagt vægt på erklæringen af 3. november 2017 fra speciallæge [rygkirurg], hvoraf fremgår, at [sagsøger] havde lette til middelsvære nakkesmerter med normal bevægelighed, men med middelsvære ledsagesymptomer. Speciallægen vurderede, at hun kunne komme i arbejdsprøvning, men at hun burde starte på lavt timetal med mulighed for skiftende arbejdsstillinger. Der skulle være nogen grad af skiftende funktioner. Hun ville ikke kunne løfte eller bære. Hvis dette blev imødekommet, virkede det realistisk at se hende tilbage på arbejdsmarkedet, om end på nedsat tid. Efter [sagsøgtes lægekonsulents] forklaring lægger retten til grund, at [sagsøger] ville kunne arbejde 20 timer om ugen. [Sagsøgtes lægekonsulents] har i sin forklaring nøje redegjort for denne vurdering, som er foretaget på grundlag af alle relevante akter, herunder [rygkirurgs] erklæring, og retten finder intet grundlag for at tilsidesætte [sagsøgtes lægekonsulents] vurdering. Allerede af disse grunde tager retten PFA Pensions frifindelsespåstand til følge.

[Sagsøger] skal betale sagens omkostninger til PFA Pension med 125.000 kr. til dækning af advokatudgifter. Retten har ved omkostningsfastsættelsen taget udgangspunkt i de vejledende salærtakster for proceduresager i forhold til sagens økonomiske værdi. Retten har taget hensyn til sagens forløb og hovedforhandlingens varighed af ca. 1½ retsdag."

4.10. Sag 95928. Ejerskifteforsikring. Skadebegrebet.

Dansk Boligforsikring

Klageren overtog den 2/2 2018 en ejendom fra 1930. Efter egen hulmursisolering i december 2018 opdagede klageren i 2019, at malingen skallede af på facaderne, Selskabet afviste forholdet med henvisning til, at årsagen kunne være dårligt forarbejde til maling i forbindelse med facaderenovering i 2016, at forholdet ikke var usædvanligt for et ældre hus, og at fotos fra 2012 viste tilsvarende afskalninger. Klageren fik huset besigtiget af arkitekt/bygningskonstruktør, som opstillede en række mulige forklaringer, men fandt det mest sandsynligt, at afskalningen skyldtes perforeret fugtspærre. Nævnet kunne ikke kritisere, at selskabet havde afvist at yde dækning for det anmeldte forhold vedrørende ejendommens facader. Nævnet har lagde vægt på, at en køber ikke kan forvente, at vedligeholdelsen af facader på et ældre hus gennem årene er foretaget optimalt. Nævnet bemærkede, at der påhviler malede, pudsede facader som de i sagen omhandlede en latent vedligeholdelsesbyrde. Nævnet fandt det ikke godtgjort, at det anmeldte forhold, der navnlig vedrører ejendommens vejrligsmæssigt udsatte vestlige gavlfacade adskiller sig nævneværdigt fra forholdene ved tilsvarende ejendomme af samme alder. Det, som klageren i øvrigt havde anført – herunder at årsagen kan være ophobet kondensfugt i mure som følge af en indvendig perforeret dampspærre ved stikkontakter – fandt nævnet ikke kunne føre til andet resultat.

Sagen blev indbragt for retten i Holbæk, der den 25/9 2023 frifandt selskabet. Af dommen fremgår:

Ankenævnet for Forsikring

"Rettens begrundelse og resultat

Sagen angår, om Dansk Boligforsikring A/S med urette har afvist at yde forsikringsdækning vedrørende gavlen på [klagerens] tidligere hus, og derfor skal betale erstatning, subsidiært yde forsikringsdækning til hende.

Parterne er enige om, at forsikringsbetingelserne, der er fremlagt i sagen, er en del af aftalen mellem parterne. Det følger af betingelserne, at ejerskifteforsikringen dækker udbedring af aktuelle skader samt fysiske forhold ved bygningen, der giver nærliggende risiko for skader på bygningen eller bygningsdele. Det følger endvidere, at der ved "skade" forstås brud, lækage, deformation, svækkelse, revnedannelser, ødelæggelse eller andre fysiske forhold i bygningen, der nedsætter bygningens værdi eller brugbarhed nævneværdigt i forhold til tilsvarende intakte bygninger af samme alder i almindelig god vedligeholdelsesstand.

Selvom det efter skønserklæringen kan lægges til grund, at ejendommens vestlige gavl ikke er blevet vedligeholdt håndværksmæssigt korrekt, finder retten, at [klageren] ikke har godtgjort, at gavlens tilstand udgjorde en skade i ejerskifteforsikringens forstand. Retten har herved – som Ankenævnet for Forsikring – lagt vægt på, at der var tale om et hus fra 1930, hvor [klageren] uanset det oplyste i tilstandsrapporten om, at gavlen var blevet sandblæst i 2016, ikke kunne forvente, at vedligeholdelsen igennem årene var blevet foretaget optimalt. Det er endvidere ikke godtgjort, at gavlens tilstand adskiller sig nævneværdigt fra forholdene ved tilsvarende ejendomme af samme alder. [Klageren] har heller ikke godtgjort, at gavlens tilstand medførte en nærliggende risiko for skade på bygningen eller bygningsdele. Retten har herved lagt vægt på, at der efter skønserklæringen ikke er oplysninger om, at der på grund af gavlens tilstand er trængt fugt ind i bygningen.

Da forholdet herefter ikke er omfattet af ejerskifteforsikringen, tager retten Dansk Boligforsikring A/S' påstand om frifindelse til følge.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 40.000 kr. og af Dansk Boligforsikrings A/S' udgift til skønsmand med 5.464 kr., i alt 45.464 kr."

4.11. Sag 96673. Bygningsforsikring. Brandskade. Grov uagtsomhed.

Codan Forsikring

Selskabet havde nedskrevet erstatningen med 10 % i forbindelse med en anmeldt brand på forsikringsstedet, hvor en adventskrans med levende lys ikke var blevet slukket, inden familien forlod boligen. Selskabet foretog fradrag i erstatningen under henvisning til, at forsikringsbegivenheden var fremkaldt ved grov uagtsomhed, jf. forsikringsaftalelovens § 18, stk. 2. Nævnets flertal kunne ikke kritisere selskabets afgørelse. Flertallet fandt, at der ikke var grundlag for at pålægge selskabet at dække klagerens omkostninger til advokat.

Sagen blev indbragt for Retten i Frederiksberg, der den 12/5 2023 frifandt selskabet. Af dommen fremgår:

"Rettens begrundelse og resultat

Efter [klagerens ægtefælle] og [klagerens] forklaringer lægges det til grund, at [klagerens ægtefælle] tændte adventskransen, da hun stod op uden at fortælle dette til [klageren], da han kom til stede.

Efter samme forklaringer lægges det til grund, at [klagerens ægtefælle] efterfølgende forlod huset og tog på arbejde uden at slukke lysene i adventskransen, og uden at fortælle [klageren], at hun havde tændt dem. [Klageren] forlod senere ejendommen for at tage i zoologisk have med bl.a. sine børn uden at opdage, at adventskransen var tændt, hvilket førte til brandskade. Det lægges til grund, at han var væk i 4-5 timer, og at [klagerens ægtefælle] var klar over, at de skulle i zoologisk have i nogle timer. Retten finder,

Ankenævnet for Forsikring

at [klagerens ægtefælles] adfærd indebar en så indlysende fare for brandskade, at forsikringsbegivenheden er fremkaldt ved grov uagtsomhed, jf. forsikringsaftalelovens § 18, stk. 2.

Retten bemærker, at det fremgår af forsikringsaftalelovens § 85, at bl.a. § 18 i loven også gælder, hvis forsikringsbegivenheden fremkaldes af den sikrede med ham samlevende ægtefælle.

Retten finder herefter, at det var berettiget, at [selskabet] reducerede erstatningen med 10 % som sket. Det fremgår af forsikringsaftalelovens § 32, stk. 3, at de sikrede ved udenretlig fremsættelse og opgørelse af krav kan kræve rimelige og nødvendige udgifter til advokatbistand dækket af selskabet.

Retten er enig med Ankenævnet i, at der under hensyn til sagens karakter og udfald ikke er grundlag for at pålægge [selskabet] at betale nogen del af [klagerens ægtefælles] og [klagerens] udgifter til advokat forud for sagsanlægget.

Herefter tages [selskabets] påstande til følge.

[Klagerens ægtefælle] og [klageren] skal som de tabende parter betale sagsomkostninger til [selskabet]. Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 18.000 kr."

4.12. Sag 96754. Bilforsikring. Regreskrav. Grov uagtsomhed.

LB Forsikring

Klageren lånte en bekendts bil for at køre en tur med sin kærestes børn. Det var kraftigt blæsevejr med vindstød af stormstyrke, og der var bølger på 4-6 meter. Klageren kørte til en parkeringsplads ved et havneområde for at betragte havet og tage billeder af uvejret. Der var vand på vejbanen, og mens bilen var parkeret, skyllede en kraftig bølge over bilen, som herefter ikke kunne starte. En ny bølge løftede bilen op og skyllede den baglæns ind i en anden parkeret bil. Langt de største skader på bilen hidrørte fra saltvand, der havde oversvømmet bilen, og ikke fra kollisionen. Selskabet udbetalte totalskadeerstatning til bilens ejer og rejste et regreskrav mod klageren med henvisning til, at hun havde forvoldt skaden ved grov uagtsomhed, jf. erstatningsansvarslovens § 19, stk. 1, nr. 2, og § 22, stk. 1. Nævnet havde kompetence til at behandle sagen, jf. nævnets vedtægter § 2, stk. 1. Nævnet lagde vægt på, at klageren var lovlig låner af bilen og sikret under kaskoforsikringen. Nævnet fandt, at klageren havde forvoldt skaden på bilen ved en grov uagtsomhed. Nævnet kunne derfor ikke kritisere, at selskabet havde fremsat et regreskrav mod klageren.

Sagen blev indbragt for Retten på Bornholm, der den 18/12 2023 frifandt selskabet. Af dommen fremgår:

"Rettens begrundelse og resultat

Sagsøgte har forklaret om vejret inden bølgerne slog ind over bilen, at det var vildt og voldsomt, og efter sagsøgtes forklaring i øvrigt og videofilm, der viser episoden, lægger retten til grund, at der allerede inden bølgerne slog ind over sagsøgtes bil, var voldsomt vejr med betydeligt vand på parkeringsarealet, der ikke var afskærmet mod havet af moler eller lignende, men at sagsøgte alligevel kørte bilen ud på parkeringsarealet tæt på parkeringsarealets afgrænsning mod havet. Ved denne adfærd og da sagsøgtes eneste ærinde på arealet var at beskue og fotografere det voldsomme vejr og bølgeslag, findes sagsøgte at have udvist en uagtsomhed, der må anses for grov. Retten finder derfor at måtte anse sagsøgte for erstatningsansvarlig overfor sagsøgeren, jf. erstatningsansvarslovens § 22, stk. 1., jf. § 19, stk. 2. Det kan ikke gøre nogen forskel i denne bedømmelse, at andre bilister også foretog en kørsel og parkering på parkeringsarealet svarende til sagsøgtes.

Retten tager derfor sagsøgerens principale påstand til følge.

Ankenævnet for Forsikring

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 20.313 kr., og af retsafgift med 750 kr., i alt 21.063 kr."

4.13. Sag 96926. Ulykkesforsikring. Varigt mén. Retslægerådet.

Alm. Brand Forsikring

Klageren var den 23/8 2019 tæt på at drukne. Han anførte, at han som følge af ulykken fik en blodprop i hjernen, og at et andet forsikringsselskab havde udbetalt 20 % mén for ulykken. Selskabet afviste at yde dækning for varigt mén under henvisning til, at der ikke var årsagssammenhæng mellem ulykken og blodproppen. Selskabet henviste til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, som havde vurderet, at der ikke var årsagssammenhæng. Selskabet anførte, at en blodprop i lillehjernen kom fra enten hjertet eller blodkar i halsen, og at dette skyldtes en sygdomstilstand – ikke et traume. Nævnet fandt, at det ikke var muligt at afgøre, hvem der havde ret ud fra oplysningerne på sagen. Det ville kræve en bevisførelse for domstolene, hvor der eventuelt kunne ske forelæggelse for Retslægerådet. Nævnet afviste at behandle sagen, jf. vedtægternes § 4, stk. 3, nr. 3.

Selskabet har oplyst, at klageren på baggrund af en udtalelse fra Retslægerådet, hævede sagen.

4.14. Sag 97407. Husejerforsikring. Brand. Mistænkelige omstændigheder.

Topdanmark Forsikring

Selskabet afviste at dække en anmeldt brand- og vandskade på klagerens ejendom under henvisning til, at han ikke havde sandsynliggjort, at der var sket en dækningsberettigende forsikringsbegivenhed. Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere, at selskabet under henvisning til sagens mistænkelige omstændigheder havde afvist dækning, herunder dækning for genhusning, mistet indbo og advokatomkostninger.

Sagen blev indbragt for Retten i Holstebro, der ved dom af 24/1 2024 frifandt selskabet. Af dommen fremgår:

Retten's begrundelse og resultat

Retten kan efter bevisførelsen lægge til grund, at der som udgangspunkt er sket en forsikringsbegivenhed i form af en brandskade og en vandskade på ejendommen beliggende ..., men spørgsmålet er, om der er tale om en dækningsberettigende forsikringsbegivenhed.

Retten er enig med sagsøgerne i, at det er det sagsøgte forsikringsselskab, der skal fremføre tilstrækkelige momenter, der giver retten grundlag for at statuere, at der ikke foreligger en dækningsberettigende forsikringsbegivenhed.

På baggrund af de brandtekniske undersøgelser kan det anses for bevist, at den omhandlede brand opstod i en skunk på 1. sal, hvor det har været nødvendigt at fjerne en inspektionslem for at komme ind i skunkrummet. Det kan også lægges til grund, at branden ikke opstod som følge af fejl i de elektriske installationer, men må antages at være opstået som følge af "antændelse af tilstedeværende brandbare materialer med en åben flamme". Det fremgår af den politimæssige efterforskning, at der ikke var tegn på indbrud forud for brandens opståen.

Det kan ikke lægges til grund, at sagsøgerne var i økonomiske vanskeligheder, da branden opstod, men det kan derimod lægges til grund, at sagsøgerne var meget utilfredse med husets tilstand, hvilket bl.a. havde til følge, at der blev rettet krav mod både sælgeren af huset og ejerskifteforsikringen. Det kan også lægges til grund, at sagsøgerne gentagne gange indgav anmeldelser om skader på huset, hvor sagsøgte afviste dækning, ligesom sagsøgerne også flere gangestillede krav om genhusning. Dagen efter tegning af

Ankenævnet for Forsikring

et tillæg til forsikringen anmeldte sagsøgerne en skade i form af skadedyr i ejendommen og samme dag, som taksator afviste dækning af en skade på tagkonstruktionen opstod der brand i ejendommen.

Sagsøgtes taksator meddelte i en mail af 17. december 2020, at han vurderede, at skaden var væsentlig under 50 procent skadeværdi, og samtidig hermed blev der rettet henvendelse til [entreprenør], som lukkede for vandet og etablerede midlertidig varme i stueetagen og frostsikring af tagetagen. Lukning for vandet foregik ved hovedhanen, der befandt sig udenfor i en mindre brønd.

Sagsøgernes eksterne rådgiver meddelte den 27. januar 2021, at han også var kommet frem til, at huset var skadet under 50 procent. Den 17. februar 2021 meddelte [klagerens familiemedlem], at der nu var en vandskade i køkkenet og bad fra toilet i husets tagetage.

Retten må antage, at vandskaden er opstået, fordi der efter vvs-installatørens lukning for vandet på et tidspunkt er foretaget en genåbning af vandtilførslen, og at denne åbning har forårsaget en væsentlig skade på ejendommen.

Under hensyn hertil og efter en samlet bedømmelse af sagens nærmere oplysninger finder retten det bevist, at det sagsøgte forsikringsselskab har været berettiget til at afvise at yde dækning for brand- og vandskaden på sagsøgernes ejendom.

Retten finder således ikke, at der er indtruffet en dækningsberettigende forsikringsbegivenhed og retten tager derfor sagsøgtes frifindelsespåstand til følge.

[Klageren] skal i sagsomkostninger til Topdanmark Forsikring A/S betale 238.592,66 kr. Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 225.000 kr. og af øvrige udgifter med 13.592,66 kr., i alt 238.592,66 kr.

4.15. U 2023.5589 H. Vildledende markedsføring. Prisstigninger efter skader på bilforsikringer.

Et forsikringsselskab (T) markedsførte i 2016-2017 i en reklamefilm for selskabets bilforsikringer udsagn om bl.a., at »Hvis du får en skade, sætter vi ikke prisen op«. Af forsikringsbetingelserne for bilforsikringen fremgik, at aftalegrundlaget for forsikringen var policen, eventuelle policetillæg og forsikringsbetingelserne. Forsikringsbetingelserne indeholdt bl.a. bestemmelser om, at selskabet kunne forhøje prisen på forsikringen efter en skade, og at en skade medførte udsættelse af en årlig præmienedsættelse og forhøjelse af forsikringens selvrisko.

Sagen blev afgjort af Retten i Glostrup ved dom af 8/3 2021, der fandt selskabet skyldigt i overtrædelse af markedsføringsloven. Dommen blev anket til Østre Landsret, der ved dom af 1/6 2022 frifandt selskabet. Der blev herefter givet 3. instansbevilling. Ved dom af 25/9 2023, U 2023.5589 H, fandt Højesteret selskabet skyldigt i overtrædelse af markedsføringsloven. Af dommen fremgår:

Højesterets begrundelse og resultat

Sagens baggrund og problemstillinger

T A/S (X A/S) markedsførte i reklamefilm sin bilforsikring med udsagn om bl.a., at »Hvis du får en skade, sætter vi ikke prisen op«. Reklamefilmen blev vist på TV fra den 1. februar 2016 til den 28. august 2016 og fra den 30. januar 2017 til den 22. november 2017. Reklamefilmen var også tilgængelig på YouTube fra den 23. februar 2016 til den 23. november 2017.

Af T A/S' forsikringsbetingelser for bilforsikring fremgik om aftalegrundlaget bl.a., at »Din forsikring består af din police, eventuelle policetillæg og forsikringsbetingelserne«. Forsikringsbetingelserne indeholdt bestemmelser om, at T A/S kunne forhøje prisen på forsikringen efter en skade, og at en skade medførte udsættelse af en årlig præmienedsættelse og forhøjelse af forsikringens selvrisko. Det fremgik af

Ankenævnet for Forsikring

vilkårene, at forsikringen gjaldt for et år ad gangen og fortsatte, hvis ikke forsikringstageren eller T A/S opsigte den skriftligt med mindst en måneds varsel til forsikringens udløb.

Sagen angår navnlig, om T A/S har overtrådt vildledningsforbuddet i markedsføringsloven ved i reklamefilm om sin bilforsikring at have givet vildledende oplysninger. Hvis markedsføringsloven er overtrådt, er der spørgsmål om forældelse og straffastsættelse.

Vildledende markedsføring

Det følger af markedsføringslovens § 5, stk. 1, at en erhvervsdrivendes handelspraksis ikke må indeholde urigtige oplysninger eller i kraft af sin fremstillingsform eller på anden måde vildlede eller kunne forventes at vildlede gennemsnitsforbrugeren, uanset om oplysningerne er faktisk korrekte. Efter markedsføringslovens § 6, stk. 1, må den erhvervsdrivendes handelspraksis ikke vildlede ved at undlade eller skjule væsentlige oplysninger eller præsentere væsentlige oplysninger på en uklar, uforståelig, dobbelttydig eller uhensigtsmæssig måde. Det fremgår endvidere af § 8, stk. 1, at det er en betingelse for, at der er handlet i strid med § 5 og § 6, at den pågældende handelspraksis væsentligt forvrider eller vil kunne forventes væsentligt at forvride den økonomiske adfærd hos gennemsnitsforbrugeren.

Højesteret finder ligesom byretten, at det afgørende ved vurderingen af, om markedsføring af en forsikring er vildledende, er produktets egenskaber, sådan som de fremgår af de aftalte vilkår for forsikringen. Det skyldes, at en forsikring er et kontraktbaseret produkt, hvor forsikringstagerens retsstilling er fastlagt i forsikringsvilkårene.

Som anført indeholdt T A/S' reklamefilm bl.a. udsagnet »Hvis du får en skade, sætter vi ikke prisen op«. Reklameudsagnet skal vurderes på baggrund af, at forsikringsbetingelserne indeholdt bestemmelser om, at T A/S kunne forhøje prisen på forsikringen efter en skade, og at en skade medførte udsættelse af en årlig præmienedsættelse og forhøjelse af forsikringens selvrisko.

T A/S' reklameudsagn er egnet til at give gennemsnitsforbrugeren indtryk af, at en skade ville være prisneutral for kunden, og at T A/S dermed bl.a. ikke ville have mulighed for at forhøje præmien i tilfælde af en skade. Imidlertid havde T A/S ifølge forsikringsvilkårene mulighed for at sætte præmien op efter en skade, og Højesteret finder derfor, at udsagnet i T A/S' reklamefilm om, at prisen ikke sættes op, hvis kunden får en skade, var vildledende, jf. markedsføringslovens § 5, stk. 1. Hertil kommer, at en skade ifølge forsikringsvilkårene i visse tilfælde ville medføre udsættelse af præmienedsættelse og forhøjelse af forsikringens selvrisko. Højesteret finder, at reklamen i den foreliggende sammenhæng også for så vidt angår disse forhold er vildledende, og at der er tale om udeladelser af væsentlige oplysninger efter markedsføringslovens § 6, stk. 1.

Det er efter det, der er anført ovenfor, uden betydning, om T A/S efterfølgende undlod at bruge sin mulighed i forsikringsvilkårene for at forhøje prisen eller selvriskoen efter en skade eller udsætte den årlige præmienedsættelse.

På den anførte baggrund er T A/S skyldig i overtrædelse af markedsføringslovens § 5, stk. 1, og § 6, stk. 1 (svarende til den indtil den 1. juli 2017 gældende § 3, stk. 1), jf. § 8, stk. 1.

Forældelse

Der er tale om ensartede overtrædelser af markedsføringsloven, der som følge af visningerne af reklamefilmene også på YouTube er fortsat kontinuerligt i hele gerningsperioden fra den 1. februar 2016 til den 23. november 2017. Højesteret finder derfor, at der ikke er indtrådt forældelse for nogen del af strafansvaret.

Straffastsættelsen

Ankenævnet for Forsikring

Efter forarbejderne til de straffebestemmelser, der er gældende for sagen, skal der ved strafudmålingen lægges vægt på overtrædelsens grovhed, omfang og den tilsigtede økonomiske gevinst.

Der foreligger ikke oplysninger om, hvilken fortjeneste T A/S har opnået eller tilsigtet ved reklamekampagnen.

Ved vurderingen af den økonomiske gevinst kan der i nogle tilfælde lægges vægt på markedsføringsomkostningerne, idet der vedrørende reklamer i trykte medier og TV er en formodning for en direkte sammenhæng mellem markedsføringsomkostningerne og den markedsføringsmæssige effekt. I de tilfælde skal der fastsættes en bøde, der ifølge forarbejderne i førstegangstilfælde kan tage udgangspunkt i det dobbelte af markedsføringsomkostningerne.

T A/S har haft omkostninger til markedsføring på ca. 8.450.000 kr. ved visning af sine reklamefilm navnlig på TV. De store markedsføringsomkostninger er en indikation for, at T A/S har opnået eller tilsigtet en betydelig fortjeneste. Højesteret finder herefter, at bøden skal fastsættes til 16.900.000 kr. svarende til det dobbelte af markedsføringsomkostningerne. En sådan bøde står efter en samlet vurdering i rimeligt forhold til overtrædelsens karakter og omfang. Det, som T A/S har anført, kan ikke føre til en mindre bøde.

Konklusion

Højesteret stadfæster byrettens dom, således at T A/S skal betale en bøde på 16.900.000 kr.

...

T A/S (X A/S) skal betale sagens omkostninger for landsret og Højesteret"

4.16. U 2024.1364 H. Ejerskifteforsikring. Dobbeltforsikring. Regreskrav.

Dansk Boligforsikring. Tryg Forsikring

Et husforsikringsselskab havde i sagen udbetalt erstatning til ejeren af et hus i anledning af en rådskaide i et køkkengulv og underliggende træbjælker. Efterfølgende søgte husforsikringsselskabet delvis regres over for ejerens ejerskifteforsikringsselskab. Sagen vedrørte spørgsmålene, om skaden var omfattet af både husforsikringen og ejerskifteforsikringen, og om ejerskifteforsikringer er omfattet af reglerne om dobbeltforsikring i forsikringsaftaleloven, så regreskravet mellem forsikringsselskaberne skulle behandles efter disse regler.

Sagen blev henvist til Østre Landsret som første instans. Den 17/3 2023 pålagde Østre Landsret ejerskifteforsikringsselskabet at betale det påståede regreskrav til husforsikringsselskabet. Af dommen fremgår:

Landsrettens begrundelse og resultat

Nærværende sag vedrører som anført spørgsmålene om, hvorvidt en konkret skade er omfattet af både en husforsikring og en ejerskifteforsikring, og om ejerskifteforsikringer er omfattet af reglerne om dobbeltforsikring i forsikringsaftaleloven, så regreskravet mellem forsikringsselskaberne i givet fald skal behandles efter disse regler.

På baggrund af det af Tryg Forsikring fremlagte materiale må det lægges til grund, at der den 2. juli 2019 blev konstateret en rådskaide i køkkengulvet og de underliggende bjælker i ejendommen beliggende på X-vej ... Det må desuden lægges til grund, at skaden havde betydning for træets funktion og bæreevne. Skaden må anses for omfattet af Tryg Forsikrings husforsikring, jf. pkt. 5.7 i forsikringsbetingelserne. Skaden er ikke beskrevet i tilstandsrapporten, og skaden må derfor ligeledes anses for omfattet af Dansk Boligforsikrings ejerskifteforsikring, jf. forsikringsbetingelsernes pkt. 3.1 og 4.1.

Spørgsmålet er herefter, om ejerskifteforsikringer er omfattet af reglerne om dobbeltforsikring i forsikringsaftalelovens §§ 41-44.

Ankenævnet for Forsikring

Forsikringsaftalelovens §§ 41-44 om dobbeltforsikring findes i lovens afsnit II om skadesforsikring og omfatter tilfælde, hvor den samme interesse er forsikret mod den samme fare hos flere selskaber.

Hverken forsikringsaftaleloven eller forbrugerbeskyttelsesloven indeholder udtrykkelige regler om, at ejerskifteforsikringer er undtaget fra forsikringsaftalelovens regler om dobbeltforsikring, eller at en ejerskifteforsikring er subsidær i forhold til en husforsikring.

Forbrugerbeskyttelsesloven har til formål at beskytte både sælger og køber mod den økonomiske usikkerhed, som mangler ved køb og salg af fast ejendom mellem private kan forårsage op til flere år efter handlen. Lovgiver har derfor valgt under visse betingelser at fritage sælgeren for at hæfte for mangler, der foreligger på overdragelsestidspunktet, og samtidig sikre, at der er penge til, at køber kan udbedre eventuelle skjulte mangler, jf. lovforslag nr. 218 af 18. maj 1995, de almindelige bemærkninger, pkt. 3.2. Det fremgår endvidere, at lovgiver som led i beskyttelsen af køberen har valgt, at køber skal have mulighed for at tegne en kaskolignende ejerskifteforsikring, som dækker købers omkostninger ved udbedring af de fejl ved ejendommen, som en gennemgang af ejendommen ved en bygningssagkyndig forud for salget ikke har kunnet afdække, og at man derved fravalgte en model, hvor sælgeren tegner en ansvarsforsikring. En husforsikring adskiller sig fra en ejerskifteforsikring bl.a. ved, at den i praksis som udgangspunkt alene dækker skader indtrådt efter købers overtagelse af ejendommen, mens ejerskifteforsikringen vil omfatte udbedring af skader eller skaderisici, som var til stede på tidspunktet for købers overtagelse af ejendommen, men som først konstateres og anmeldes i forsikringstiden (betænkning nr. 1520 fra 2010, pkt. 4.6.2.5.1).

Ejerskifteforsikringer kan indeholde vilkår om, at forsikringen ikke dækker forhold, som er dækket af en anden forsikring, jf. minimumsbekendtgørelsens bilag A, nr. 6, litra e. Minimumsbekendtgørelsen er udstedt i medfør af forbrugerbeskyttelseslovens § 5, stk. 3, og blev indført for at sikre klarhed over, hvilke forsikringsvilkår forbrugerne som minimum kan forvente at være dækket af gennem en ejerskifteforsikring, jf. de almindelige bemærkninger, pkt. 2.3 og 2.4, i lovforslag nr. 152 af 15. december 1999. Efter bekendtgørelsens § 1 skal tilbuddet om ejerskifteforsikring som minimum medføre mindst samme dækning som de vilkår, der er anført i bilag 1 til bekendtgørelsen.

Vilkåret i bekendtgørelsens bilag 1 om, at forhold, som er dækket af en anden forsikring, ikke dækkes af en ejerskifteforsikring, er således ikke til hinder for en ejerskifteforsikring uden dette vilkår. Omvendt er bekendtgørelsens bilag 1 en forudsætning for, at ejerskifteforsikringerne kan indeholde sådanne forhold.

På denne baggrund må det lægges til grund, at en ejerskifteforsikring er en skadesforsikring tegnet af køber, som skal dække skjulte fejl ved fast ejendom, som forelå inden overdragelsen fra sælger til køber, men som først opdages efter, at køber har overtaget ejendommen. Da der er tale om en skadesforsikring, er en ejerskifteforsikring derfor omfattet af forsikringsaftalelovens afsnit II om skadesforsikringer, herunder reglerne i §§ 41-44 om dobbeltforsikring.

Henset til baggrunden for indførelsen af minimumsvilkårene for ejerskifteforsikringer i minimumsbekendtgørelsen må det lægges til grund, at lovgiver ikke herved har haft til hensigt at undtage ejerskifteforsikringer fra reglerne om dobbeltforsikring i forsikringsaftaleloven. Der er heller ikke i øvrigt – hverken i forbrugerbeskyttelsesloven eller forarbejderne til denne – holdepunkter for, at lovgiver har haft til hensigt at undtage ejerskifteforsikringer fra forsikringsaftalelovens bestemmelser om dobbeltforsikring.

Dette understøttes endvidere af Forsikring & Pensions Responsumudvalgs udtalelse om kutyme i forsikringsbranchen før, under og efter aftalen om dobbeltforsikring af 1. april 2011, der ophørte den 20. april 2018, og at dobbeltforsikringsaftalen bl.a. havde den virkning, at et selskab, der efter aftalen skulle yde

Ankenævnet for Forsikring

erstatning, ikke ville gøre forsikringsaftalelovens dobbeltforsikringsregler gældende over for et andet selskab, der var tilsluttet aftalen. De afgivne forklaringer om praksis i konkrete forsikringsselskaber ændrer ikke herved. Praksis fra Ankenævnet for Forsikring om dobbeltforsikring giver heller ikke grundlag for en anden vurdering.

Herefter kan skader, som er dækket af både en husforsikring og en ejerskifteforsikring, og dermed selskabernes hæftelse, være omfattet af forsikringsaftalelovens bestemmelser om dobbeltforsikring. Det af Dansk Boligforsikring anførte om en eventuel forskel mellem vilkårene for husforsikringer og ejerskifteforsikringer, herunder forsikringsbetingelserne, og om betaling af dobbeltpræmie kan ikke føre til et andet resultat.

Da både Tryg Forsikrings husforsikring og Dansk Boligforsikrings ejerskifteforsikring dækker skaden i køkkengulvet og de underliggende bjælker som følge af råd, er der tale om en beskyttelse af samme interesse mod samme fare og dermed dobbeltforsikring efter bestemmelsen i forsikringsaftalelovens § 41.

Der er i forsikringsbetingelserne for både Tryg Forsikrings husforsikring og Dansk Boligforsikrings ejerskifteforsikring taget forbehold for dækning af skader, som er dækket af en anden forsikring. Efter forsikringsaftalelovens § 43 hæfter begge selskaber herefter i forhold til det beløb, med hvilket hvert af dem ville have svaret, hvis det alene havde tegnet forsikring.

For så vidt angår opgørelsen af det konkrete krav bemærker landsretten, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte Tryg Forsikrings opgørelse af regreskravet over for Dansk Boligforsikring. Dansk Boligforsikring har således ikke tidligere afgivet nærmere oplysninger til brug for opgørelsen af regreskravet, ligesom det har formodningen imod sig, at Tryg Forsikring har udbetalt en større forsikringssum end den forsikringsdækkede skade, jf. herved princippet i forsikringsaftalelovens § 39, stk. 1.

Da der er tale om et forsikringsselskabs regreskrav over for et andet forsikringsselskab – i modsætning til et forsikringsselskabs regreskrav over for en skadevolder som i U 2008.982 H – skal udgifterne til ... besigtigelse af skaderne indgå i opgørelsen af regreskravet.

Landsretten tager derfor Tryg Forsikrings påstand om betaling af 7.807,29 kr. til følge.

Som følge heraf er der ikke anledning til at tage stilling til den af Dansk Boligforsikring nedlagte anerkendelsespåstand.

Efter sagens udfald skal Dansk Boligforsikring i sagsomkostninger for landsretten betale 62.500 kr. til Tryg Forsikring. 62.000 kr. af beløbet er til dækning af udgifter til advokatbistand inkl. moms, og 500 kr. er til dækning af retsafgift. Ud over sagens værdi er der ved fastsættelsen af beløbet til advokat taget hensyn til sagens omfang og forløb, hovedforhandlingens varighed, sagens betydning for parterne og andre"

Sagen blev indbragt for Højesteret, der den 13/12 2023 (U 2024.1364 H) stadfæstede landsrettens afgørelse. Af dommen fremgår:

"Højesterets begrundelse og resultat

A havde tegnet husforsikring hos Tryg Forsikring A/S og ejerskifteforsikring hos Dansk Boligforsikring A/S. Han fik fra Tryg Forsikring udbetalt erstatning i anledning af en rådskafe, der var konstateret kort tid efter hans overtagelse af det hus, som forsikringerne angik. Der var i begge forsikringsselskabers forsikringsvilkår indsat dækningsforbehold i tilfælde af dobbeltforsikring. Tryg Forsikring søgte delvis regres over for Dansk Boligforsikring.

For Højesteret angår sagen, om dækningen under ejerskifteforsikringen er omfattet af reglerne i forsikringsaftaleloven om dobbeltforsikring, så regreskravet skal behandles efter disse regler, og om dækningen under ejerskifteforsikringen er subsidær i forhold til husforsikringen. En ejerskifteforsikring er en

Ankenævnet for Forsikring

kaskolignende forsikring, hvor køberen er den sikrede, og Højesteret finder, at den rådskaade, som har givet anledning til sagen, vedrører samme interesse forsikret mod samme fare hos Tryg Forsikring (husforsikringen) og Dansk Boligforsikring (ejerskifteforsikringen). Der er derfor tale om dobbeltforsikring i forsikringsaftalelovens § 41's forstand.

Spørgsmålet er herefter, om dækningen under ejerskifteforsikringen er subsidær i forhold til husforsikringen, så rådskaaden alene skal dækkes af husforsikringen – uanset bestemmelsen i forsikringsaftalelovens § 43 om fordeling mellem flere selskaber, der hver har taget dækningsforbehold i tilfælde af dobbeltforsikring.

Hverken forsikringsaftaleloven eller lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom m.v. eller disse loves forarbejder indeholder holdepunkter for, at en ejerskifteforsikring er subsidær i forhold til en husforsikring.

Højesteret finder, at heller ikke pkt. 6, litra e, i bilag 1 til minimumsbekendtgørelsen (bekendtgørelse nr. 13 af 12. januar 2012 om dækningsomfanget for ejerskifteforsikringer i henhold til lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom m.v.) giver grundlag for at fastslå, at ejerskifteforsikringer er subsidære i forhold til husforsikringer. Vilkåret i pkt. 6, litra e, indebærer således alene, at den sælger, der fremlægger et tilbud på ejerskifteforsikring for køberen, kan undgå at hæfte for mangler ved ejendommen, jf. lovens § 2, selv om tilbuddet indeholder et dækningsforbehold som nævnt i vilkåret.

På denne baggrund tiltræder Højesteret, at A's ejerskifteforsikring ikke er subsidær i forhold til hans husforsikring.

Begge forsikringsselskaber hæfter således for rådskaaden efter forsikringsaftalelovens § 41, og regreskravet skal derfor behandles efter reglerne i § 42 og § 43. Højesteret stadfæster herefter dommen.

THI KENDES FOR RET:

Landsrettens dom stadfæstes.

I sagsomkostninger for Højesteret skal Dansk Boligforsikring A/S betale 60.000 kr. til Tryg Forsikring A/S."