

Årsberetning

2024

Ankenævnet for Forsikring

Indhold

Resumé	5
1. Ankenævnets organisering	10
1.1. Nævnsmember. Forbrugerrådet Tænk	10
1.2. Nævnsmember. Forsikring & Pension	10
1.3. Nævnets sekretariat	13
2. Ankenævnets arbejde	14
2.1. Sagsbehandlingstid	15
2.2. Resultat af nævns- og sekretariatsafsluttede sager	17
2.3. Resultat af nævnsafsluttede sager. Antal dissenser	18
2.4. Nævn- og sekretariatsafsluttede sager på forsikringstype	19
2.5. Internationalt samarbejde	24
3. Efterlevelse af nævnets afgørelser/anfægtede sager	26
3.1. Anfægtede sager. Afgjort ved dom i 2024	28
3.1.1. Sag 97498. Erhvervsevnetabsforsikring. Urigtige risikoplysninger. Gyldighed af klausul.	28
AP Pension	28
3.1.2. Sag 97605. Indboforsikring. Urigtige risikoplysninger. Bevis for indbrud	32
Aros	32
3.1.3. Sag 98431. Bilforsikring. Skade i bilens mekaniske dele. Eksplosion	35
Alm. Brand	35
3.1.4. Sag 99211. Ulykkesforsikring. Méngrad. Arbejdsmarkedets Erhvervsikring. Dækningstilsagn. Selskabets pligt til at træffe afgørelse	36
Aros	36
3.1.5. Sag 99264. Erhvervsevnetabsforsikring. Erhvervsevnetab. Om tabt arbejdsfortjeneste modtaget fra modparts ansvarsforsikring skulle indgå ved fastsættelsen af det økonomiske erhvervsevnetab. ...	38
PFA	38
3.1.6. Sag 99483. Bådforsikring. Havari. Grov uagtsomhed	39
Chubb European Group SE v/Pantaenius	39
3.2. Anfægtede sager. Forligt i 2024	41
3.2.1. Sag 95876. Erhvervsevnetabsforsikring. Erhvervsevnetab. Observation. Ophævelse	41
PFA	41
3.2.2. Sag 96148. Erhvervsevnetabsforsikring. Erhvervsevnetab. Observation. Ophævelse. Tilbagebetalingskrav	41
PFA	41
3.2.3. Sag 96501. Ulykkesforsikring. Méngrad. Årsagssammenhæng. Tilsidesættelse af tabsbegrænsningspligt ved grov uagtsomhed	43
Chubb European Group Limited	43
3.2.4. Sag 97341. Bygningsforsikring. Frostsprængning. Fortolkning "lokale"	44
Alka Forsikring	44
3.2.5. Sag 97438. Husejerforsikring. Vandskade	45
If	45
3.2.6. Sag 98474. Ejerskifteforsikring. Fugt og skimmelsvamp	45
ETU	45
3.2.7. Sag 98659. Byggeskadeforsikring. Skadebegrebet	46
Gar-Bo Forsäkring AB, v/Caplloyd	46
3.2.8. Sag 98967. Erhvervsevnetabsforsikring. Ophævelse af forsikring med tilbagevirkende kraft. Urigtige risikoplysninger	47

Ankenævnet for Forsikring

PFA.....	47
3.2.9. Sag 99431. Erhvervsevnetabsforsikring. Ændring af forsikringsbetingelser. Fleksløntilskud.....	48
Danica.....	48
3.2.10. Sag 101023. Ulykkesforsikring. Fødselsskade. Forældelse. Ulykkesdefinition.....	48
HF Forsikring.....	48
3.2.11. Sag 100183. Erhvervsevnetabsforsikring. Midlertidigt/generelt erhvervsevnetab.....	49
Danica.....	49
3.2.12. Sag 100560. Hus- og indboforsikring. Brand. Grov uagtsomhed.....	50
Alm. Brand.....	50
3.2.13. Sag 101602. Hesteforsikring. Bevis for, at halthed skyldtes traumatisk forvoldte skader.....	50
Agria.....	50
3.3. Anfægtede sager. Klageren opgav sagen uden at indbringe den for retten i 2024.....	51
3.3.1. Sag 99330. Ulykkesforsikring. Fødselsskade.....	51
Tryg.....	51
3.3.2. Sag 99711. Sygeforsikring. Urigtige risikoplysninger. Acceptregler.....	51
Sygeforsikringen danmark.....	51
4. Domme og indenretlige forlig i afviste sager.....	52
4.1. Sag 94644. Erhvervsevnetab.....	52
AP Pension.....	52
4.2. Sag 96916. Erhvervsevnetab. Observation.....	53
Danica.....	53
4.3. Sag 97955. Indboforsikring. Bevis for tyveri af ur og mobiltelefon.....	55
Gjensidige.....	55
4.4. Sag 99182. Indboforsikring. Klausul om tilslutning til alarmcentral. Sikkerhedsforskrift.....	57
Thisted Forsikring.....	57
5. Domme og indenretlige forlig i sager, hvor klageren ikke fik medhold i nævnet.....	59
5.1. Sag 91250. Erhvervsevnetab. Observation.....	59
Skandia.....	59
5.2. Sag 93652. Erhvervsevnetab. Observation. Ophævelse. Tilbagebetalingskrav.....	61
Velliv.....	61
5.3. Sag 93720. Erhvervsevnetab. Urigtige risikoplysninger.....	64
Nordea Pension.....	64
5.4. Sag 94262. Erhvervsevnetab. Observation.....	65
Danica.....	65
5.5. Sag 95473. Ejerskifteforsikring. Kældergulv med gulvvarme. Isolering. Radonspærre.....	66
Dansk Boligforsikring.....	66
5.6. Sag 96731. Erhvervsevnetab. OSINT-undersøgelser. Ophævelse.....	68
Velliv.....	68
5.7. Sag 96910. Indboforsikring. Følgeskade. Kvalitet af skimmelafrensning af løsøre.....	71
Gjensidige.....	71
5.8. Sag 98361. Ejerskifteforsikring. Skadebegrebet.....	74
Gjensidige.....	74
5.9. Sag 99309. Indboforsikring og ulykkesforsikring. Urigtige risikoplysninger. Tilbagesøgningskrav.....	75
Lærerstanden.....	75
5.10. Sag 99326. Kritisk sygdom. Bevis for diagnosekriterium. Neuroborreliose/borrelia.....	77
Danica Pension.....	77
6. Domme og indenretlige forlig i sager, der ikke har været indbragt for nævnet.....	77
6.1. Retten i Koldings dom af 29/3 2022. Ejerskifteforsikring. Kælder, hvor der periodevist står blankt vand. Skadebegrebet. Sælgers ansvar.....	77
Dansk Boligforsikring.....	77

Ankenævnet *for* Forsikring

6.2. Retten i Holbæks dom af 2/3 2023. Ejerskifteforsikring. Diverse skader. Planlagt arbejde. Skadebegrebet.	81
Dansk Boligforsikring.....	81
6.3. Retten i Lyngbys dom af 9/2 2024. Erhvervsevnetabsforsikring. Observation.....	89
Danica.....	89
6.4. Retten i Odenses dom af 17/6 2024. Retshjælpsforsikring. Nævnsundtagelse. Huslejenævn.....	92
GF Forsikring.....	92
6.5. Østre Landsrets kendelse af 29/11 2024. Autoforsikring. Opsigelse. Dagsgebyrer efter færdselslovens § 107, stk. 3, jf. § 106, stk. 4.....	94
Alm. Brand og DFIM.	94

Ankenævnet for Forsikring

Resumé

Ankenævnet modtog i 2024 1.898 klager. I 2023 modtog nævnet 1.752 klager. Der klages mest over ejerskifteforsikring (381 klager), ulykkesforsikring (377 klager) samt livs- og pensionsforsikring (323 klager). Disse tre forsikringstyper udgør ca. 57 % af de klager, som nævnet modtager.

Ankenævnet afsluttede 1.761 sager i 2024. Heraf blev 1.386 sager (svarende til 78,7 %) afsluttet af nævnet, mens 375 sager blev afsluttet af sekretariatet. I 2023 blev 1.547 sager afsluttet.

Af de 375 sekretariatsafsluttede sager blev 244 sager lukket eller afvist på grund af forhold hos klageren. Disse grunde er omtalt i afsnit 2.2. 58 sager blev afsluttet, fordi klageren tilbagekaldte klagen, inden sagen blev forelagt for nævnet. 73 sager blev afsluttet, fordi selskabet opfyldte klagen, inden sagen blev forelagt for nævnet. I 2023 opfyldte selskabet 74 klager, inden sagen blev forelagt for nævnet.

Ved udgangen af 2024 var der 1.102 uafsluttede sager. Ved udgangen af 2023 var der 965 uafsluttede sager.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i 2024 for de 1.761 afsluttede sager var 6,1 måneder. Af disse sager var 61,9 % afsluttet inden for 6 måneder, mens 79,6 % af sagerne var afsluttet inden for 8 måneder. I 2023 var den gennemsnitlige sagsbehandlingstid 5,7 måneder.

Den gennemsnitlige berømmelsestid for de 1.386 nævnsafgjorte sager var 68 dage. Berømmelsestiden regnes fra den dato – hvor sagen er fuldt oplyst af sagens parter – og til den dato, hvor nævnet har afgjort sagen. I 2023 var berømmelsestiden 58 dage.

I 2024 fik klagerne noget ud af at klage over selskabets afgørelse i 20,8 % af klagesagerne. I 2023 var tallet 22,4 %.

Antallet af sager, hvor nævnets medlemmer er uenige om udfaldet af sagen (dissens), var 44. Det svarer til 3,2 % af de nævnsafgjorte sager. I 2023 var der dissens i 3,5 % af de nævnsafgjorte sager.

Nævnets formandskab har i 2024 ikke konstateret systematiske eller væsentlige problemer, som giver anledning til at komme med anbefalinger til, hvordan sådanne problemer fremadrettet kan undgås eller løses.

I 2024 meddelte forsikringselskaberne i 20 tilfælde, at de ikke ønskede at være bundet af nævnets afgørelse (anfægtelse). I 2023 var antallet af anfægtede sager 27.

Af de 20 anfægtede sager i 2024 angik 5 sager ulykkesforsikring, 3 sager angik bygningsforsikring, 3 sager angik ejerskifteforsikring, 3 sager livs- og pensionsforsikring, 2 sager angik motorkøretøjsforsikring, 1 sag angik speciallægevalg/pensionsforsikring, 1 sag angik husdyrforsikring, 1 sag angik retshjælpsforsikring og 1 sag angik familieforsikring.

For perioden 2015 til 2024 er der – relativt set – anfægtet flest sager inden for livs- og pensionsforsikring, hvor antallet af anfægtede sager er 56, hvilket giver en anfægtelsesprocent på 14,9. Ser man på de to andre forsikringstyper, hvor nævnet modtager flest klager, er der i samme periode 20 anfægtede sager vedr. ulykkesforsikring, hvilket giver en anfægtelsesprocent på 7,1. Anfægtelsesprocenten er på 5,6 for ejerskifte-

Ankenævnet for Forsikring

forsikring, hvor 27 sager i perioden er anfægtet. Rejse- og arbejdsløshedsforsikring er de forsikringstyper, hvor anfægtelsesprocenten er lavest (2,0 og 2,4). I afsnit 3 kan anfægtelsesprocenten for de forskellige forsikringstyper ses.

Årsberetningen omtaler 25 domme eller indenretlige forlig. De 25 sager fordeler sig således på forsikringstyper: 10 sager om erhvervevetab, 5 sager om indboforsikring, 4 sager om ejerskifte, 2 sager om bilforsikring, 1 sag om ulykke, 1 sag om kritisk sygdom, 1 sag om bådforsikring og 1 sag om retshjælpsforsikring.

Af de 10 erhvervevetabssager var der i 7 af sagerne foretaget observation af klageren og/eller indhentet oplysninger om klageren via Open Source (sociale medier mv).

20 af de 25 sager har nævnet tidligere behandlet.

I 4 af de 20 sager afviste nævnet af afgøre sagen, idet sagen var af en sådan karakter, at den måtte afgøres ved domstolene. I 3 af de 4 afviste sager blev selskabet frifundet, mens der i den sidste sag (se afsnit 4.1) blev indgået indenretligt forlig.

I 11 af de 16 sager – som nævnet har afgjort materielt – nåede domstolene til det samme resultat som nævnet. I 2 af de 16 sager blev der indgået (indenretligt) forlig, se afsnit 5.7, og 5.10. I de resterende 3 sager nåede domstolene til et andet resultat end nævnet. Disse tre sager er omtalt i afsnit 3.1.3 (ikke sket eksplosion i bilmotoren), afsnit 3.1.4 (ikke givet tilsagn om dækning af 8 % men) og afsnit 3.1.5 (tabt arbejdsfortjeneste modtaget fra skadevolderens forsikringselskab indgår i beregningen, når klagerens lønnedgang som følge af tabt erhvervsevne skal fastsættes).

Endvidere omtaler årsberetningen (i afsnit 3.2) 13 forlig i sager, som nævnet har afgjort, men som er blevet anfægtet af selskabet.

I en sag (sag **97498** omtalt i afsnit 3.1.1) afgjorde nævnets flertal, at klagerens manglende oplysninger om sine helbredsforhold ved optagelsen i pensionsordningen skulle afgøres efter forsikringsaftalelovens § 7, som regulerer forsikringstagerens undladelse af at give risikooplysninger til selskabet ved tegningen af forsikringen. Nævnets mindretal mente, at forholdet skulle vurderes efter forsikringsaftalelovens § 6, der kun kræver, at klageren har handlet uagtsomt. Nævnets flertal fandt, at klageren – ved ikke selv at have oplyst om sine helbredsforhold – ikke havde handlet groft uagtsomt. Flertallet udtalte, at selskabet i velkomstbrevet af 6/1 2015 ikke på tilstrækkelig måde havde informeret klageren om, at forsikringsdækningen var udstedt under forudsætning af, at klageren aldrig havde modtaget invaliditetsydelse eller været under revalidering. Flertallet lagde vægt på, at selskabet i velkomstbrevet oplyste klageren om, at han havde fået en ny pensionsordning med pensionsopsparing og forsikringsdækninger. Flertallet lagde også vægt på, at selskabet i velkomstbrevet ikke informerede om, at forsikringsdækningen var betinget af klagerens afgivelse af supplerede helbredsoplysninger. Flertallet fandt, at selskabet ved brevet gav klageren en berettiget forventning om, at der var indgået en bindende aftale om etablering af pensionsordning med forsikringsdækninger. Flertallet bemærkede, at forsikringsdækningens forudsætning af helbredsoplysninger er et særligt byrdefuldt forbehold, som selskabet burde have fremhævet over for klageren i velkomstbrevet. At det af velkomstbrevet fremgik, at klageren skulle logge på "Min Pension" og tjekke pensionsoversigten, og at han skulle være særlig opmærksom på forsikringsdækningerne, kunne i sig selv ikke føre til andet resultat.

Byretten og landsretten nåede til samme resultat som ankenævnet. I landsretten fandt to dommere, at forholdet skulle vurderes efter forsikringsaftalelovens § 7 og at klageren ikke havde handlet groft uagtsomt. En

Ankenævnet for Forsikring

landsdommer fandt, at forholdet faldt ind under forsikringsaftalelovens § 6, og at der desuden forelå grov uagtsomhed, så betingelserne efter forsikringsaftalelovens § 7 også var opfyldt.

Flertallets begrundelse lyder således:

I AP Pensions velkomstbrev af 6. januar 2015, der blev leveret i papirformat til [klageren], er der ikke en tydelig reference til det digitale brev af samme dato, som alene lå på forsikringens kundeportal "Min Pension", og som indeholdt et særligt byrdefuldt forbehold for forsikringsdækningen i form af helbredsoplysninger. Der er endvidere intet anført i velkomstbrevet om, at selskabet generelt anvendte kundeportalen til levering af digitale breve. Herefter, og af de grunde som flertallet i Ankenævnet for Forsikring har anført, og som byretten har tilsluttet sig, tiltrædes det, at der ved indholdet i velkomstbrevet blev givet [klageren] en berettiget forventning om, at han havde fået en pensionsordning med forsikringsdækning uden forbehold for yderligere oplysninger.

Det tiltrædes som anført af flertallet i nævnet og af byretten, at [klagerens] uagtsomhed ved at undlade at oplyse om den gennemførte revalidering og lidelsen i venstre arm skal bedømmes efter forsikringsaftalelovens § 7, der kræver grov uagtsomhed.

Efter en samlet vurdering, herunder at [klageren] i sine skiftende jobs har haft forskellige pensionsordninger, at han har arbejdet på fuld tid, og at han ikke har haft begrænsninger i sine arbejdsopgaver, tiltrædes det endvidere, at [klageren] ikke har handlet groft uagtsomt ved ikke selv at oplyse om sine helbredsforhold.

I lyset af byrettens dom i ovenstående sag valgte selskabet – der havde anfægtet sag **98967** – at imødekomme klagerens krav. I sag 98967 (omtalt i afsnit 3.2.8) udtalte nævnet, at idet klageren ikke indsendte "Erklæring om erhvervsevne" til selskabet, at skal forholdet vurderes efter forsikringsaftalelovens § 7, idet bestemmelsen angår "forsikringstagerens undladelse af at give oplysning". At klageren var bedt om at indsende "Erklæring om erhvervsevne", hvis hun opfyldte visse betingelser, kunne ikke i sig selv betyde, at forholdet måtte henføres til forsikringsaftalelovens § 6, idet bestemmelsen kun fandt anvendelse, hvis klageren havde "givet urigtig oplysning". Nævnet fandt, at klageren ved oprettelsen af pensionsordningen objektiv set undlod at give selskabet relevante risikooplysninger. Nævnets flertal fandt imidlertid, at selskabet ikke havde bevist, at det kunne tilregnes klageren som groft uagtsomt, at hun i maj 2021 undlod at indsende "Erklæring om erhvervsevne", jf. forsikringsaftalelovens § 7. Flertallet lagde vægt på, at klageren i maj 2021 på grund af den særlige covid-19 forlængelsesregel med en vis rimelighed kunne antage, at hun ikke var omfattet af pligten til at indsende "Erklæring om erhvervsevne". Flertallet bemærkede, at det fremgik af det kommunale materiale, at klageren ikke havde været i et jobafklaringsforløb, idet hendes sygedagpenge blev forlænget til den 28/2 2021 på grund af de særlige Covid-19 regler, og at klageren herefter blev raskmeldt og startede i arbejde. Selskabet var derfor ikke berettiget til at ophæve erhvervsevnetabsforsikringen med tilbagevirkende kraft fra tegningstidspunktet.

Sag **97605** (omtalt i afsnit 3.1.2) angår også urigtige risikooplysninger ved tegningen af forsikringerne. Nævnet fandt, at klageren ved tegningen af forsikringerne havde afgivet urigtige oplysninger, og at dette måtte tilregnes klageren som uagtsomt. Nævnet fandt imidlertid, at selskabet ikke havde bevist, at selskabet i henhold til selskabets indtegningsregler ikke ville have tegnet forsikringerne, hvis de rigtige forhold om tidligere skader havde været oplyst på aftaletidspunktet. Selskabet havde derfor ikke været berettiget til at opsigte klagerens forsikringer med tilbagevirkende kraft.

Byretten nåede til samme resultat som ankenævnet og udtalte blandt andet:

Ankenævnet for Forsikring

Efter bestemmelsen i sagsøgtes interne indtegnings- og acceptregler pkt. 5, nr. 5, kunne sagsøgeren ikke tegne en indboforsikring hos sagsøgte, fordi han var over 26 år gammel og ikke tidligere havde haft indboforsikring, medmindre sagsøgte på grundlag af en acceptabel redegørelse ville dispensere fra denne regel. Spørgsmålet er derfor, om sagsøgte, hvis de rette forhold om de tidligere skader havde været oplyst i forsikringsbegæringen, ville have meddelt dispensation fra hovedreglen om, at sagsøgeren ikke kunne få en indboforsikring.

Indtegningsreglernes dispensationskrav om en "acceptabel redegørelse" i relation til pkt. 5, nr. 5, må antages at angå årsagen til, at forsikringstageren ikke tidligere har haft en indboforsikring. Der foreligger ikke oplysninger om, at en redegørelse for, hvorfor sagsøger ikke tidligere havde haft en indboforsikring, er indhentet. Det må på baggrund af mail af 5. november 2021 fra ... Forsikring til sagsøgte lægges til grund, at sagsøgte allerede den 18. juni 2021 modtog oplysning om skaden på hundeforsikringen, uden at dette gav anledning til, at sagsøgte opsagde forsikringen på grund af urigtige oplysninger, eller at sagsøgte rettede henvendelse til sagsøgeren med anmodning om yderligere oplysninger.

Det fremgår af sagsøgtes indtegnings- og acceptregler, pkt. 5, nr. 4, at der ikke kan tegnes forsikring for personer, der har haft mere end 3 skader inden for de sidste 3 år. Såfremt sagsøgeren på normal vis og udenfor dispensationsreglerne havde ønsket at tegne forsikring, ville skadeshistorikken ikke have været til hinder herfor.

Herefter og henset til de tidligere skaders karakter (skader på henholdsvis bilforsikring og hundeforsikring og ikke indboforsikring), findes sagsøgte ikke at have løftet bevisbyrden for, at sagsøgte ikke ville have tegnet indboforsikringen, såfremt sagsøgeren havde oplyst om de tidligere skader.

Sag **99264** (omtalt i afsnit 3.1.5) angår, om den erstatning for tabt arbejdsfortjeneste, som skadelidte modtager fra modpartens ansvarsbilforsikring skulle indgå ved fastsættelsen af det økonomiske erhvervsevnetab i relation til skadelidtes erhvervsevnetabsforsikring. Nævnet fandt, at den tabte arbejdsfortjeneste ikke kunne medregnes i den økonomiske erhvervsevne i relation til erhvervsevnetabsforsikringen. Nævnet udtalte af, at bestemmelsen i forsikringsbetingelserne for erhvervsevnetabsforsikringen – der angiver, at "udbetalinger fra andre forsikringer som følge af eksempelvis arbejdsskade eller nedsat erhvervsevne" skulle medregnes i sikrede aktuelle økonomiske erhvervsevne – ikke med tilstrækkelig klarhed omfattede erstatning uden for kontrakt for personskade, selvom udbetalingen skete fra et ansvarsforsikringssselskab på skadevolders vegne. Nævnet bemærkede, at der grundlæggende var tale om et krav, klageren havde mod skadevolder.

Byretten var ikke enig i den vurdering og udtalte blandt andet:

Det fremgår indledningsvist af definitionen af den økonomiske betingelse i afsnit 6.1.1.1.3, at dette vedrører indtjeningsnedgang. Det fremgår videre af afsnittet, at andre forsikringsudbetalinger skal medregnes i udregningen af den sikredes resterende økonomiske erhvervsevne, og at disse andre forsikringer kan være en følge af *eksempelvis* arbejdsskader eller nedsat erhvervsevne. Da der således efter formuleringen ikke er tale om en udtømmende opremsning, finder retten, at denne ikke kan begrænses til alene at omfatte forsikringsudbetalinger, hvor sagsøgeren er den sikrede, men derimod også må omfatte udbetalinger fra andre forsikringssselskaber, såfremt disse ligeledes udbetales med det formål at kompensere for det lidte indtægtstab. Retten finder herefter, at forsikringsvilkårene ikke er så uklart formulerede, at disse må tolkes til fordel for sagsøger.

Ankenævnet *for* Forsikring

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 2024 blev 11 sager ikke offentliggjort. De 11 sager fordeler sig således: 8 sager om livs- og pensionsforsikring, 1 sag om motorkøretøjsforsikring, 1 sag om ulykkesforsikring og 1 sag om byggeskadeforsikring.

9 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 forsikringssselskaberne 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.

Ved udgangen af 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 2024 var følgende personer udpeget af Forbrugerrådet Tænk som nævnsmedlemmer:

Permanente medlemmer:

Ankenævnskoordinator Regitze Buchwaldt

Juridisk konsulent Jakob Steenstrup

Jurist Ida Nynne Daarbak Reislev

Generelle medlemmer:

Peer Brusgaard

Marianne Carstensen

Bitte Dyrberg

Jakob Kromann Groth

Sven Hansen

Poul Erik Jensen

Jan Madsen

Keld Volder

1.2. Nævnsmedlemmer. Forsikring & Pension.

Ved udgangen af 2024 var følgende personer udpeget af Forsikring & Pension som nævnsmedlemmer:

Permanente medlemmer:

Advokat Kenneth Bodén Andersen

Advokat Vibeke Hjarlitz

Advokat Kåre Højerup

Forsikringsjurist Niklas Jeppesen

Forretningsjurist Inge Jessen

Skadechef, advokat Lars Bue Nørbjerg

Advokat Klaus Rasmussen

Ankenævnet *for* Forsikring

Skadeschef Kurt Rasmussen
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
Chefkonsulent Ulrich Larsen

Byggeskadeforsikring:

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

Bygningsforsikring:

Seniorjurist Mette Jakobsen
Jurist Anna Moth
Cand.jur., fagkonsulent Ulla Ravn
Specialkonsulent, cand.jur. Lise Skovgaard
Jurist Merete Toxborg

Ejerskifteforsikring:

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

Familieforsikring:

Kvalitetskonsulent, cand.jur. Martin Friis Arnetoft
Fagansvarig, Leon Nygaard Brochstedt
Seniorjurist Mette Jakobsen
Jurist Josefine Miller Rasmussen
Kundeklagechef, cand.jur. Ulla Ravn
Skadeforsker Mads Svendsen
Seniorjurist Christina Louise Heede Sørensen

Ankenævnet *for* Forsikring

Jurist Merete Toxborg

Livsforsikring og pensionsforsikring:

Seniorjurist Mads Mølgaard Braüner

Juridisk specialkonsulent Mette Marie Tvedgaard Grubbe

Advokat Asger Holst-Jensen

Juridisk konsulent og klageansvarlig Thomas Dahl Hurrelbrink

Advokat Peter Theisen

Seniorjurist Sandra Hjort Wilson

Lystfartøjsforsikring:

Afdelingschef Michael Kjær

Managing director Gert Toft

Motorkøretøjsforsikring:

Skadecchef Mikkel Bruun-Larsen

Fagkonsulent, cand.jur. Christian Riskjær Christensen

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

Kundeklagechef, cand.jur. Ulla Ravn

Kundeambassadør Vibeke Rønn

Specialkonsulent, cand.jur. Lise Skovgaard

Skadecchef Mads Svendsen

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

Fagansvarlig Heidi Hillerup

Personskadecchef, jurist Berit Norup Hindhede

Ankenævnet *for* Forsikring

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

1.3. Nævnets sekretariat.

Ledelsen af nævnets sekretariat bestod ved udgangen af 2024 af direktør Kim Sparlund og kontorchef Carsten Sennels.

Der var ansat 11 jurister (heraf 1 på deltid og 1 på barsel), 5 kontorfunktionærer (heraf 4 på deltid) og 2 studenter.

Som følge af det øgede sagsantal er der primo 2025 ansat yderligere jurister.

Ankenævnet for Forsikring

2. Ankenævnets arbejde.

I 2024 blev der registreret 1.898 nye klager samt rettet 2.699 forespørgsler til nævnets sekretariat. Sagsantallet er:

	<u>Antal 2024</u>	<u>Antal 2023</u>
Sager primo året	965	760
Nye klager	1.898	1.752
Antal sager til behandling	2.863	2.512

Sagerne fordeler sig således:

Sekretariatsafsluttede sager	375	331
Nævnsafsluttede sager	1.386	1.216
Uafsluttede sager ved årets udgang	1.102	965
I alt	2.863	2.512

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
2024	1.898	1.386	375	2.699

Ankenævnet for Forsikring

Indkomne/afsluttede sager fordelt efter forsikringstype

Forsikringstype	Antal %		Antal %		Antal %	
	Indkomne 2024		Afsluttet 2024		Afsluttet 2023	
Ejerskifteforsikring	381	20,9	361	20,5	300	19,4
Ulykkesforsikring	377	19,9	331	18,8	253	16,4
Livs- og pensionsforsikring og arbejdsmarkedspension	323	17,1	297	16,9	294	19,0
Motorkøretøjsforsikring (bortset fra retshjælp)	183	9,6	146	8,3	167	10,8
Hus- og grundejerforsikring (bortset fra ansvar og retshjælp)	156	8,2	159	9,0	122	7,9
Familieforsikring (bortset fra ansvar og retshjælp)	140	7,4	126	7,2	154	9,9
Rejseforsikring	68	3,6	64	3,6	60	3,9
Kritisk sygdom	63	3,3	58	3,3	53	3,4
Retshjælpsforsikring	47	2,5	44	2,5	32	2,1
Sygeforsikring	37	1,9	44	2,5	27	1,7
Husdyrforsikring (bortset fra ansvar)	25	1,3	24	1,4	13	0,8
Byggeskade	25	1,3	29	1,6	12	0,8
Arbejdsløshedsforsikring	18	0,9	26	1,5	14	0,9
Totalforsikring	14	0,7	11	0,6	4	0,3
Lystfartøjsforsikring (bortset fra retshjælp)	13	0,7	12	0,7	16	1,0
Ansvarsforsikring	10	0,5	7	0,4	12	0,8
Speciallægevalg*	9	0,5	14	0,8	5	0,3
Diverse	9	0,5	8	0,4	9	0,6
I alt	1.898	100	1.761	100	1.547	100

* Efter § 2A i nævnets vedtægter, kan man klage over, at et selskab – der har tiltrådt Forsikring & Pensions principper for indhentning af speciallægerklæring 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 speciallægerklæring, 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 2024 for de 1.761 afsluttede sager var 6,1 måneder. I 2023 var den gennemsnitlige sagsbehandlingstid 5,7 måneder. For samtlige sager, der blev afsluttet i 2024, er sagsbehandlingstiden:

Inden for	Antal 2024	% 2024	Sum % 2024	Sum % 2023
4 måneder	529	30,1	30,1	39,0
4-6 måneder	560	31,8	61,9	67,1
6-8 måneder	311	17,7	79,6	83,7
8-10 måneder	154	8,7	88,3	90,2
10-12 måneder	76	4,3	92,6	93,4
12-18 måneder	81	4,6	97,2	96,8
Over 18 måneder	50	2,8	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 ulykkesager 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 2024	Måneder 2023
Byggeskade	10,3	5,5
Diverse	7,9	2,1
Arbejdsløshedsforsikring	7,5	6,0
Ejerskifteforsikring	7,1	6,6
Speciallægevalg	7,0	2,3
Ulykkesforsikring	6,9	7,4
Livs- og pensionsforsikring og arbejdsmarkedspension	6,4	5,5
Lystfartøjsforsikring (bortset fra retshjælp)	6,1	5,4
Hus- og grundejerforsikring (bortset fra ansvar og retshjælp)	5,6	5,1
Sygeforsikring	5,4	4,4
Familieforsikring (bortset fra ansvar og retshjælp)	4,9	4,7
Husdyrforsikring (bortset fra ansvar)	4,8	3,3
Retshjælpsforsikring	4,8	4,5
Motorkøretøjsforsikring (bortset fra retshjælp)	4,6	5,3
Kritisk sygdom	4,4	4,2
Rejseforsikring	4,1	3,8
Ansvarsforsikring	2,7	3,3
Totalforsikring	1,0	1,4

Den gennemsnitlige berammelsestid for de 1.386 nævnsafgjorte sager var 68 dage. Berammelsestiden regnes fra den dato – hvor sagen er fuldt oplyst af sagens parter – og til den dato, hvor nævnet har afgjort sagen. I 2023 var berammelsestiden 58 dage.

Ankenævnet for Forsikring

2.2. Resultat af nævns- og sekretariatsafsluttede sager.

Sekretariatsafsluttede sager:	2024		2023	
	Antal	%	Antal	%
1.1 Klagen angår et andet forsikringselskab, end det klageren har indgået aftale med	12	0,7	13	0,8
1.2 Klagen omhandler en erhvervsforsikring	11	0,6	11	0,7
1.4 Klageren har ikke indbetalt klagegebyr	27	1,5	15	0,9
1.5 Klageren har ikke indsendt klageskema, har i øvrigt ikke reageret på nævnets henvendelser eller indbragt klagen dobbelt	51	2,9	61	3,9
1.6 Klageren havde ikke forudgående klaget til selskabet	107	6,1	101	6,6
1.7 Klagen hører under andet tvistløsningsorgan, behandles af andet tvistløsningsorgan eller er afgjort ved dom, voldgift eller retsforlig	15	0,9	4	0,3
1.8 Klagen er afvist til behandling ved nævnets formand	21	1,2	7	0,5
I alt indstillede sager	244	13,9	212	13,7
2.1 Klageren har tilbagekaldt klagen	40	2,3	26	1,7
2.2 Opgivet af klageren efter sagkyndig udtalelse	18	1,0	19	1,2
Klageren har tilbagekaldt sagen, inden sagen er klar til nævnet	58	3,3	45	2,9
3.1 Selskabet har opfyldt klagen	72	4,1	73	4,7
3.2 Selskabet har opfyldt klagen efter sagkyndig udtalelse	1	0,1	1	0,1
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	73	4,1	74	4,8
I alt sekretariatsafsluttede sager	375	21,3	331	21,4
Nævnsafsluttede sager:				
4.1 Nævnet er ikke kompetent til at afgøre sagen (§ 2-3)	1	0,1	2	0,1
4.2 Ikke egnet til afgørelse (§ 4)	77	4,4	35	2,3
4.3 Genoptagne sager	9	0,5	13	0,8
4.4 Sag afgjort sammen med anden sag	0	0,0	0	0,0
I alt ikke materielt afgjorte sager af nævnet	462	26,2	381	24,6
5.1 Selskab medhold	1.074	61,0	953	61,6
5.2 Klager delvist medhold	83	4,7	76	4,9
5.3 Klager medhold	142	8,1	137	8,8
I alt materielt afgjorte sager af nævnet	1.299	73,8	1.166	75,4
I alt afsluttede sager	1.761	100,0	1.547	100,0

I 2024 lukkede eller afviste sekretariatet 244 sager på grund af forhold hos klageren.

Nævnet fandt, at 77 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 9 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 nævnets- og sekretariatsbehandlede sager følgende:

Udfald af sagen	Antal		Antal	
	2024		2023	
Selskab medhold	1.074	75,1	953	74,1
Klager har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	58	4,1	45	3,5
Klager delvist medhold	83	5,8	76	5,9
Klager medhold	142	9,9	137	10,7
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	73	5,1	74	5,8
I alt	1.430	100	1.285	100

I 20,8 % af tilfældene skete der en ændring til fordel for klageren set i forhold til den afgørelse, klageren fik i sit forsikringsselskab. I 2023 var procenten 22,4 %.

I afsnit 2.4 kan man se, hvordan de 1.430 sager fordeler sig på de enkelte forsikringstyper.

Nævnets afgørelser offentliggøres på nævnets hjemmeside, der fungerer som retsdatabase. Offentliggørelsen sker i anonymiseret form. I 2024 blev 11 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 11 sager fordeler sig således: 8 sager om livs- og pensionsforsikring, 1 sag om motorkøretøjsforsikring, 1 sag om ulykkesforsikring, 1 sag om byggeskadeforsikring.

2.3. Resultat af nævnetsafsluttede sager. Antal dissenser.

Udfald	Antal		Antal	
	2024		2023	
Afvist (§§ 2-3)	1	0,1	2	0,2
Afvist (§ 4)	77	5,6	35	2,9
Genoptaget ved anden sag	9	0,6	13	1,0
Sag afgjort sammen med anden sag	0	0,0	0	0,0
Selskab medhold	1.074	77,5	953	78,4
Klager delvist medhold	83	6,0	76	6,2
Klager medhold	142	10,2	137	11,3
I alt	1.386	100	1.216	100

9 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 2024 var nævnsmedlemmerne i 44 sager ikke enige om udfaldet af sagen, hvorfor nogle nævnsmedlemmer afgav en mindretalsudtalelse – en dissens. Det svarer til, at der blev afgivet dissens i 3,2 % af de nævnetsafgjorte

Ankenævnet for Forsikring

sager. I 2023 blev der afgivet dissens i 3,5 % af de nævnsafgjorte sager. I 2022 blev der afgivet dissens i 3,8 % 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.

Ejerskifteforsikring	Antal	%	Antal	%
	2024		2023	
Selskab medhold	219	84,0	191	74,6
Klager delvist medhold	29	10,0	22	8,6
Klager medhold	15	5,2	20	7,8
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	13	4,5	18	7,0
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	13	4,5	5	2,0
I alt	289	100	256	100

Ulykkesforsikring	Antal	%	Antal	%
	2024		2023	
Selskab medhold	221	77,5	168	76,7
Klager delvist medhold	5	1,8	4	1,8
Klager medhold	29	10,2	17	7,8
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	8	2,8	9	4,1
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	22	7,7	21	9,6
I alt	285	100	219	100

Livs- og pensionsforsikring og arbejdsmarkedspension	Antal	%	Antal	%
	2024		2023	
Selskab medhold	189	71,3	187	72,2
Klager delvist medhold	16	6,0	17	6,6
Klager medhold	39	14,8	31	11,9
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	16	6,0	14	5,4
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	5	1,9	10	3,9
I alt	265	100	259	100

Ankenævnet for Forsikring

Hus- og grundejerforsikring	Antal		Antal	
	2024		2023	
		%		%
Selskab medhold	93	71,5	81	78,6
Klager delvist medhold	7	5,4	7	6,8
Klager medhold	14	10,8	9	8,7
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	9	6,9	2	2,0
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	7	5,4	4	3,9
I alt	130	100	103	100

Motorkøretøjsforsikring	Antal		Antal	
	2024		2023	
		%		%
Selskab medhold	83	77,6	90	73,8
Klager delvist medhold	3	2,8	13	10,7
Klager medhold	12	11,2	11	9,0
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	7	6,5	7	5,7
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	2	1,9	1	0,8
I alt	107	100	122	100

Familieforsikring	Antal		Antal	
	2024		2023	
		%		%
Selskab medhold	62	68,9	97	82,2
Klager delvist medhold	11	12,2	4	3,4
Klager medhold	10	11,1	12	10,2
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	4	4,5	5	4,2
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	3	3,3	0	0,0
I alt	90	100	118	100

Ankenævnet for Forsikring

Kritisk sygdom	Antal	%	Antal	%
	2024		2023	
Selskab medhold	49	92,4	37	78,7
Klager delvist medhold	0	0,0	0	0,0
Klager medhold	1	1,9	4	8,5
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	2	3,8	5	10,7
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	1	1,9	1	2,1
I alt	53	100	47	100

Rejseforsikring	Antal	%	Antal	%
	2024		2023	
Selskab medhold	34	75,6	33	66,0
Klager delvist medhold	5	11,1	3	6,0
Klager medhold	2	4,4	9	18,0
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	4	8,9	5	10,0
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	0	0,0
I alt	45	100	50	100

Sygdomsforsikring	Antal	%	Antal	%
	2024		2023	
Selskab medhold	26	70,3	14	60,9
Klager delvist medhold	3	8,1	0	0,0
Klager medhold	6	16,2	5	21,7
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	1	2,7	1	4,4
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	1	2,7	3	13,0
I alt	37	100	23	100

Ankenævnet for Forsikring

Retshjælp	Antal	%	Antal	%
	2024		2023	
Selskab medhold	23	65,7	14	58,3
Klager delvist medhold	0	0,0	3	12,5
Klager medhold	7	20,0	4	16,7
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	4	11,4	3	12,5
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	1	2,9	0	0,0
I alt	35	100	24	100

Arbejdsløshedsforsikring	Antal	%	Antal	%
	2024		2023	
Selskab medhold	21	84,0	9	64,3
Klager delvist medhold	0	0,0	1	7,1
Klager medhold	2	8,0	2	14,3
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	2	8,0	2	14,3
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	0	0,0
I alt	25	100	14	100

Husdyrforsikring	Antal	%	Antal	%
	2024		2023	
Selskab medhold	17	80,9	6	60,0
Klager delvist medhold	1	4,8	0	0,0
Klager medhold	1	4,8	3	30,0
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	1	10,0
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	2	9,5	0	0,0
I alt	21	100	10	100

Ankenævnet for Forsikring

Byggeskadeforsikring	Antal	%	Antal	%
	2024		2023	
Selskab medhold	15	71,5	2	25,0
Klager delvist medhold	2	9,5	1	12,5
Klager medhold	2	9,5	3	37,5
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	2	9,5	2	25,0
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	0	0,0
I alt	21	100	8	100

Speciallæge	Antal	%	Antal	%
	2024		2023	
Selskab medhold	9	81,8	1	50,0
Klager delvist medhold	0	0,0	0	0,0
Klager medhold	1	9,1	1	50,0
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	1	9,1	0	0,0
I alt	11	100	2	100

Lystfartøjsforsikring	Antal	%	Antal	%
	2024		2023	
Selskab medhold	8	80,0	12	80,0
Klager delvist medhold	1	10,0	0	0,0
Klager medhold	1	10,0	3	20,0
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	15	100

Ankenævnet for Forsikring

Ansvarsforsikring	2024		2023	
	Antal	%	Antal	%
Selskab medhold	3	75,0	8	80,0
Klager delvist medhold	0	0,0	1	10,0
Klager medhold	0	0,0	1	10,0
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	1	25,0	0	0,0
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	0	0,0
I alt	4	100	10	100

Diverse	2024		2023	
	Antal	%	Antal	%
Selskab medhold	1	100,0	3	75,0
Klager delvist medhold	0	0,0	0	0,0
Klager medhold	0	0,0	1	25,0
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	4	100

Totalforsikring	2024		2023	
	Antal	%	Antal	%
Selskab medhold	1	100,0	0	0,0
Klager delvist medhold	0	0,0	0	0,0
Klager medhold	0	0,0	1	100,0
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	1	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 2024 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 modtagelsen af 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 20 tilfælde, at man ikke ønskede at følge den afgørelse, som nævnet havde truffet i 2024. 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
2024	20	8,9

* 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 2024

Branche	Antal anfægtede	Klager helt eller delvist medhold	Anfægtede i %
Speciallægevalg*	1	1	100,0
Husdyrforsikring	1	2	50,0
Ulykkesforsikring	5	34	14,7
Husejerforsikring	3	21	14,3
Retshjælpsforsikring	1	7	14,3
Motorkøretøjsforsikring	2	15	13,3
Ejerskifteforsikring	3	44	6,8
Livs- og pensionsforsikring	3	55	5,5
Familieforsikring	1	21	4,8

* 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 2015-24

Branche	Antal anfægtede	Klager helt eller delvist medhold	Anfægtede i %
Speciallægevalg	2	3	66,7
Livs- og pensionsforsikring	56	375	14,9
Husdyrforsikring	4	28	14,3
Kritisk sygdom	3	33	9,1
Motorkøretøjsforsikring	18	202	8,9
Husejerforsikring	14	166	8,4
Sygeforsikring	4	56	7,1
Ulykkesforsikring	20	283	7,1
Ejerskifteforsikring	27	481	5,6
Lystfartøjsforsikring	1	18	5,6
Byggeskadeforsikring	17*(2)	57 (41)	29,8 (4,9)
Familieforsikring	9	191	4,7
Retshjælpsforsikring	3	73	4,1
Arbejdsløshedsforsikring	1	41	2,4
Rejseforsikring	2	101	2,0

* 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 2023	53
Nytilkomne sager 2024	20
I alt	73
Afsluttede i 2024	21
Til rest, uafsluttede ultimo 2024	52

Fra 1/10 1980 til 31/12 2024 har selskaberne nægtet at efterleve 987 afgørelser. Af de 987 sager var 935 afsluttet ved udgangen af 2024, mens 52 var uafsluttede.

For de ovenfor nævnte 935 anfægtede og afsluttede sager er det gået således:

	Antal i alt	%	Antal 2024
Klageren helt eller delvist medhold igen: Ved dom, ved forlig eller ved at selskabet betalte pr. kulance	605	64,7	16
Selskab medhold	122	13,0	3
Klageren opgav sagen	208	22,3	2
I alt	935	100,0	21

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 og 5 er omtalt 14 domme eller indenretlige forlig, som nævnet har fået kendskab til. I afsnit 6 omtales domme, der ikke har verseret for nævnet, men er medtaget, da de vurderes at have bredere interesse.

I 2024 anfægtede selskaberne 20 sager. 10 sager var ved årets udgang indbragt for domstolene.

Af de tilbageværende 10 sager er 4 sager blevet opfyldt helt eller delvist af selskabet. De 4 sager, der er opfyldt af selskaberne, omtales i afsnit 3.2. I 6 sager er det uvist, om sagen videreføres for domstolene. Det drejer sig om sagerne 100512, 101295, 101366, 101412, 101590, 102234.

3.1. Anfægtede sager. Afgjort ved dom i 2024.

6 anfægtede sager blev endelig afgjort ved dom i 2024. Klagerne fik medhold i 3 sager og selskabet i 3 sager, som er omtalt i afsnit 3.1.3., 3.1.4 og 3.1.5.

3.1.1. Sag 97498. Erhvervsevnetabsforsikring. Urigtige risikoplysninger. Gyldighed af klausul. AP Pension.

Klageren var i 1978 involveret i et trafikuheld, hvor venstre arm blev lam. Klageren gennemgik et revalideringsforløb, og den 1/12 2014 blev klageren ansat i en lederstilling og omfattet af en pensionsordning med forsikring ved tab af erhvervsevne. Klageren søgte den 13/1 2021 om udbetaling af helbredsbedingede ydelser, idet han havde fået konstateret slidgigt i højre skulder og fingre på højre hånd. Selskabet afviste dækning med henvisning til, at klageren ved indtegningen afgav urigtige oplysninger. Selskabet klausulerede policen

Ankenævnet for Forsikring

med tilbagevirkende kraft til ikrafttrædelsestidspunktet med følgende ordlyd: "forsikringen dækker ikke ved tab af erhvervsevne som følge af en lidelse i venstre skulder og/eller venstre arm og/eller venstre hånd". Klageren anførte, at pensionsordningen blev tegnet af arbejdsgiveren, og at han aldrig blev oplyst om, at selskabet skulle have haft supplerede helbredsoplysninger, idet han alene modtog selskabets velkomstbrev. Selskabet anførte, at klageren aldrig udfyldte arbejdsdygtighedserklæringen, som han skulle have gjort, idet han fik invaliditetsydelse og havde været under revalidering på indtegningstidspunktet. Arbejdsdygtighedserklæringen blev sendt til klageren den 6/1 2015 på "Min Pension" under faneblandet "Dokumenter" på selskabets hjemmeside sammen med pensionsoversigten inklusiv forsikringsbetingelserne. Selskabet oplyste, at velkomstbrevet indeholdt oplysning om, at det var vigtigt, at klageren loggede på "Min Pension", og at han skulle være særlig opmærksom på, om forsikringsdækningerne var korrekt. Selskabet anførte, at klageren havde været vidende om, at han skulle indsende supplerede oplysninger om sit helbred. Nævnets flertal fandt, at selskabet i velkomstbrev af 6/1 2015 ikke på tilstrækkelig måde informerede klageren om, at forsikringsdækningen var udstedt under forudsætning af, at klageren aldrig havde modtaget invaliditetsydelse eller været under revalidering. Nævnets flertal lagde vægt på, at selskabet i velkomstbrevet oplyste klageren om, at han havde fået en ny pensionsordning med pensionsopsparing og forsikringsdækninger. Flertallet lagde også vægt på, at selskabet i velkomstbrevet ikke informerede om, at forsikringsdækningen var betinget af klagerens afgivelse af supplerede helbredsoplysninger. Flertallet fandt, at selskabet ved brevet gav klageren en berettiget forventning om, at der var indgået en bindende aftale om etablering af pensionsordning med forsikringsdækninger. Flertallet bemærkede, at forsikringsdækningens forudsætning af helbredsoplysninger var et særligt byrdefuldt forbehold, som selskabet burde have fremhævet over for klageren i velkomstbrevet. At det af velkomstbrevet fremgik, at klageren skulle logge på "Min Pension" og tjekke pensionsoversigten, og at han skulle være særlig opmærksom på forsikringsdækningerne, kunne i sig selv ikke føre til andet resultat. Flertallet lagde videre vægt på, at afgivelse af urigtige oplysninger ved aftalens indgåelse er reguleret i forsikringsaftalelovens §§ 4-10, og at en stor del af disse bestemmelser er beskyttelsespræceptive, jf. lovens § 10, stk. 1. For at selskabet kan støtte ret på, at der er afgivet urigtige risikoplysninger efter forsikringsaftalelovens § 6, skal selskabet efter flertallets opfattelse have spurgt ind til en risiko på en klar og utvetydig måde, og angivet at svaret herpå vil have betydning for forsikringen. Angivelsen på "Min pension" af, at der i visse sammenhænge skal udfyldes en arbejdsdygtighedserklæring er ikke en angivelse som opfyldte disse betingelser. Flertallet lagde i den forbindelse lagt vægt på, at forsikringsaftalelovens § 7 regulerer forsikringstagerens undladelse af at give oplysninger til selskabet ved tegningen af forsikringen. Det følger af § 7, at selskabet alene kan gøre en sådan undladelse af at afgive oplysninger gældende, hvis forholdet kan tilregnes forsikringstageren som groft uagtsomt. At klageren ikke selv har oplyst om sine helbredsforhold mv., kan ikke tilregnes klageren som groft uagtsomt, jf. § 7. På den baggrund og efter en samlet vurdering finder flertallet, at selskabet ikke har været berettiget til at indføre klausul fra tegningstidspunktet for klagerens venstre arm. Selskabet skal derfor genbehandle klagerens anmodning om erhvervsevnetabsdækning.

Selskabet anfægtede afgørelsen. Ved København Byrets dom af 11/7 2023 fik klageren medhold. Af dommen fremgår:

"Rettens begrundelse og resultat

I overensstemmelse med det af flertallet i kendelsen fra Ankenævnet for Forsikring anførte finder retten, at der ved indholdet i velkomstbrevet til sagsøger den 6. januar 2015 blev givet sagsøger en berettiget forventning om, at han havde fået en pensionsordning med forsikringsdækning uden forbehold for

Ankenævnet for Forsikring

yderligere oplysninger, da han i velkomstbrevet alene blev opfordret til at gå ind på "Min Pension", hvor der lå yderligere digitale oplysninger om hans pensionsordning.

Retten finder under henvisning til det af flertallet i kendelsen anførte, at spørgsmålet om, hvorvidt sagsøger i forbindelse med tegningen af pensionsordningen med forsikringsdækning har handlet uagtsomt, skal bedømmes efter forsikringsaftalelovens § 7.

Efter bevisførelsen for retten kan det blandt andet lægges til grund, at sagsøger i 1989 i forbindelse med sin første ansættelse som ... i ... Kommune udfyldte en helbredsattest, hvorefter hans pensionsordning i ... Pensionskasse blev tilknyttet opsparingsafdelingen, så han havde en større opsparingsdel end normalt, men en mindre forsikringsdækning. I forbindelse med tegning af en kapitalpension i 1997 udfyldte han igen en helbredsattest, hvorefter han fik forsikringen. Han mindes ikke, at han siden har udfyldt en helbredsattest i forbindelse med skift af job og pensionsordning. Det kan endvidere lægges til grund, at sagsøger i sine skiftende jobs har arbejdet på fuld tid og ikke har haft begrænsninger i sine arbejdsopgaver som følge af lidelsen i venstre arm. Retten finder det på denne baggrund og efter det i øvrigt oplyste ikke bevist, at det forhold, at sagsøger ikke selv har givet pensionsselskabet oplysninger om den gennemførte revalidering og lidelsen i venstre arm kan tilregnes ham som groft uagtsomt, jf. forsikringsaftalelovens § 7.

På denne baggrund og da det af sagsøgte i øvrigt anførte ikke kan føre til et andet resultat har sagsøgte ikke været berettiget til at indføre klausulen vedrørende sagsøgers venstre arm fra tegningstidspunktet. Der gives derfor sagsøger medhold i den nedlagte påstand.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 86.250 kr. og retsafgift med 14.000 kr., i alt 100.250 kr. ...

THI KENDES FOR RET:

Selskabet, AP Pension Livsforsikringsaktieselskab, skal anerkende, at selskabet ikke har kunnet indføre klausul fra tegningstidspunktet for klagerens venstre arm. Selskabet skal genbehandle klagerens anmodning om erhvervsevnetabsdækning."

Østre Landsret stadfæstede ved dom af 16/12 2024 byretsdommen med dissens. Af dommen fremgår:

"Landsrettens begrundelse og resultat

To dommere (... og ...) udtaler:

I AP Pensions velkomstbrev af 6. januar 2015, der blev leveret i papirformat til [klageren], er der ikke en tydelig reference til det digitale brev af samme dato, som alene lå på forsikringens kundeportal "Min Pension", og som indeholdt et særligt byrdefuldt forbehold for forsikringsdækningen i form af helbredsoplysninger. Der er endvidere intet anført i velkomstbrevet om, at selskabet generelt anvendte kundeportalen til levering af digitale breve. Herefter, og af de grunde som flertallet i Ankenævnet for Forsikring har anført, og som byretten har tilsluttet sig, tiltrædes det, at der ved indholdet i velkomstbrevet blev givet [klageren] en berettiget forventning om, at han havde fået en pensionsordning med forsikringsdækning uden forbehold for yderligere oplysninger.

Ankenævnet for Forsikring

Det tiltrædes som anført af flertallet i nævnet og af byretten, at [klagerens] uagtsomhed ved at undlade at oplyse om den gennemførte revalidering og lidelsen i venstre arm skal bedømmes efter forsikringsaftalelovens § 7, der kræver grov uagtsomhed.

Efter en samlet vurdering, herunder at [klageren] i sine skiftende jobs har haft forskellige pensionsordninger, at han har arbejdet på fuld tid, og at han ikke har haft begrænsninger i sine arbejdsopgaver, tiltrædes det endvidere, at [klageren] ikke har handlet groft uagtsomt ved ikke selv at oplyse om sine helbredsforhold.

Vi stemmer derfor for at stadfæste byrettens dom

En dommer (... (kst.)) udtaler:

[Klageren] havde som følge af sin færdselsulykke i 1978 en arm, der var lam, en såkaldt 0-arm, hvilket førte til, at han måtte omskoles fra ... til ..., og at han oppebar invaliditetsydelse. Ved hans begæring om optagelse i ... Pensionskasse i 1989 udfyldte han en helbredsattest, hvor han oplyste om færdselsulykken i 1978 og om forholdene vedrørende armen. Han kunne herefter ikke optages i den ordinære afdeling, men alene i opsparingsafdelingen. Da han i år 2000 blev ansat som ..., blev der ikke indhentet en helbredsattest, men han var omfattet af et generelt 10-årigt forbehold for udbetaling af kvalificeret svageligheds-pension, hvis dette skyldtes en lidelse, som var lægeligt konstateret forud for ansættelsen.

Efter [forsikringsmedarbejders] forklaring for landsretten lægger jeg til grund, at der altid i forbindelse med pensions- og forsikringsbegæring i forbindelse med virksomhedsbesøg overlades den, der ansøger, en passende tid til at gennemgå helbredsskemaet, og at det også skete i forbindelse med [klagerens] ansøgning om en pensionsordning i [andet selskab] i 2011 efter ansættelsen i ... Der var i skemaet anført forhold, som [klageren] var omfattet af, og som han således oplagt burde have krydset af, men ikke gjorde.

Det er i det fysiske velkomstbrev af 6. januar 2015 til [klageren] anført, at for at holde omkostningerne nede kan pensionsordningen ses online på AP Pensions kundeportal. Det er endvidere anført, at det er vigtigt, at man logger på og tjekker pensionsoversigten, og man skal være særligt opmærksom på forsikringsdækningerne.

Selvom velkomstbrevet kunne være klarere formuleret, finder jeg, at [klageren], der i to tidligere ansættelser havde været begrænset i sin dækning som følge af den lamme arm, og som ville have været det i en senere ansættelse, hvis han havde udfyldt helbredsskemaet, men ikke gjorde det, havde en særlig anledning til at gøre sig bekendt med, om der i forbindelse med hans optagelse i AP Pension var begrænsninger, der omfattede ham, eller oplysninger som han skulle meddele selskabet. Jeg finder, at brevet af 6. januar 2015 på AP Pensions kundeportal, hvor det var oplyst, der skulle indsendes en arbejdsdygtighedserklæring, hvis man var omskolet eller modtog invaliditetsydelse, og at man i disse tilfælde ikke var omfattet af visse forsikringsdækninger, er omfattet af forsikringsaftalelovens § 6. Jeg finder således, at [klageren], hvis han havde læst brevet, skulle have oplyst selskabet om sine forhold omkring den lamme arm, og at selskabet, som senere sket, var berettiget til at indsætte en klausul omkring armen. Den omstændighed, at [klageren] valgte ikke at læse brevet, kan for mig ikke føre til et andet resultat.

Ankenævnet for Forsikring

Jeg finder i øvrigt, at de ovennævnte omstændigheder fører til, at [klageren] har handlet groft uagtsomt efter forsikringsaftalelovens § 7.

Herefter, og i øvrigt af de grunde, som er anført af mindretallet i Ankenævnet for Forsikring, stemmer jeg for at tage påstanden fra AP Pension til følge.

Konklusion:

Der afsiges dom efter stemmeflertallet således, at byrettens dom stadfæstes.

Efter sagens udfald skal AP Pension Livsforsikringsaktieselskab til [klageren] betale sagsomkostninger for landsretten med 80.000 kr., der vedrører udgifter til advokatbistand inkl. moms."

3.1.2. Sag 97605. Indboforsikring. Urigtige risikoplysninger. Bevis for indbrud.

Aros.

Klageren anmeldte, at han den 18/10 2021 havde haft indbrud i sit hjem. Han opgjorde erstatningskravet til mere end 500.000 kr. Selskabet indhentede den 27/10 2021 skadeshistorikken ved hans tidligere forsikrings-selskab. Klageren havde den 17/6 2019 haft en bilskade som følge af brand opgjort til 136.651,25 kr. og den 25/3 2021 en skade vedrørende hunden på 8.862,52 kr. Selskabet opsagde den 1/11 2021 klagerens ikke-lovpligtige forsikringer med tilbagevirkende kraft og afviste at dække det anmeldte indbrud med henvisning til, at klageren havde afgivet urigtige oplysninger ved indtegningen, og at selskabet ikke ville have indtegnet klageren, hvis klageren ved indtegningen havde oplyst, at han havde haft to tidligere skader i et andet selskab, herunder en totalskadet bil ved brand. Det fremgik af selskabets tegningsregler, at selskabet ikke ville tegne forsikring med personer over 26 år, der ikke tidligere havde haft indboforsikring, og at der kunne gives dispensation, hvis der blev givet en acceptabel redegørelse. Det fremgik også, at selskabet ikke ville tegne forsikring med personer, der havde haft mere end 3 skader inden for de sidste 3 år. Klageren anførte, at han oprettede forsikringsaftalen over telefonen, at han troede spørgsmålet om tidligere skader vedrørte hans aktive forsikringer, at dansk ikke var hans modersmål, og at selskabet havde givet dårlig rådgivning. Selskabet anførte, at klageren havde underskrevet forsikringsbegæringen med NemID, at klageren ikke tidligere havde haft indboforsikring, og at selskabet havde givet klageren særskilt accept, idet han ifølge sine oplysninger ikke havde haft tidligere skader og ikke stod registreret i RKI. Nævnet fandt, at klageren ved tegningen af forsikringerne havde afgivet urigtige oplysninger, og at dette måtte tilregnes klageren som uagtsomt. Nævnet fandt, at selskabet ikke havde bevist, at selskabet i henhold til selskabets indtegningsregler ikke ville have tegnet forsikringerne, hvis de rigtige forhold om tidligere skader havde været oplyst på aftaletidspunktet. Selskabet havde derfor ikke været berettiget til at opsigte klagerens forsikringer med tilbagevirkende kraft. Nævnet lagde vægt på, at indtegningsreglernes dispensationskrav om en "acceptabel redegørelse" måtte antages at angå årsagen til, at forsikringstageren ikke tidligere havde haft en indboforsikring. Nævnet lagde også vægt på, at selskabet ikke havde fremlagt dokumentation for, at selskabet havde indhentet en redegørelse for, hvorfor klageren ikke tidligere havde haft indboforsikring. Nævnet bemærkede, at selskabet til nævnet havde oplyst, at selskabet først efter den anmeldte skade gennemgik sin indtegnings- og acceptpolitik og dér kunne konstatere, at selskabet ikke ville have indtegnet klageren, hvis selskabet havde været bekendt med de rette forhold. Dette var efter nævnets opfattelse ikke foreneligt med selskabets oplysning om, at selskabet gav klageren en særskilt accept efter indtegningsreglernes punkt 5, og at selskabet i denne

Ankenævnet for Forsikring

vurdering havde lagt vægt på, at klageren havde været skadefri i 3 år. Selskabet skulle genoptage sagsbehandlingen af klagerens anmeldelse om indbrud.

Selskabet anfægtede afgørelsen. Ved Retten i Aarhus dom af 4/11 2024 fik klageren medhold. Af dommen fremgår:

"Retten begrundelse og resultat

Forsikringsaftalelovens § 4

Forsikringsaftalelovens § 4, stk. 1, 1. pkt. har følgende ordlyd: *"Har forsikringstageren ved forsikringens tegning svigagtig givet urigtig oplysning om eller fortiet en omstændighed, som må antages at være af betydning for selskabet, er aftalen ikke bindende for dette."*

Det lægges til grund, at sagsøgeren forud for indtegningen af forsikringen hos sagsøgte havde haft to forsikringskader inden for de tre sidste år i form af en skade på sin hundeforsikring i 2021 på 8.862, 52 kr., og en skade på sin bilforsikring 2019 på 136.651,25 kr.

I sagsøgerens forsikringsbegæring er spørgsmålet om, hvorvidt sagsøgeren har haft skader, herunder tyveri eller uheld, på sine forsikringer inden for de sidste tre år, besvaret benægtende.

Der er således afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med tegningen af forsikringen. Spørgsmålet er, om dette kan tilregnes sagsøgeren som svigagtigt.

Sagsøgeren har forklaret, at assurandør B udfyldte forsikringsbegæringen for ham under en telefonsamtale, hvor sagsøgeren besvarede assurandørens spørgsmål. Han blev spurgt om, om han havde haft tre forsikringskader inden for de sidste tre år, hvilket han svarede nej til.

Han svarede bare på assurandørens spørgsmål og har ikke haft til hensigt at skjule noget som helst. Sagsøgtes assurandør, B, har forklaret, at han ikke husker, om han hjalp sagsøgeren i forbindelse med udfyldelse af begæringen om tegning af indboforsikring – og i givet fald i hvilket omfang.

Sagsøgtes underwriter, C, har forklaret, at det er teknisk muligt for en assurandør at udfylde feltet vedrørende tidligere skader i forbindelse med udfyldelse af en forsikringsbegæring, og at det ikke er muligt at se, om det er assurandøren eller kunden, der har udfyldt dette felt.

Sagsøgeren gav i forbindelse med sin forsikringsbegæring samtykke til, at sagsøgte indhentede oplysninger om blandt andet hans skadehistorik fra tidligere forsikringselskaber. Det fremgår af mail af 8. juni 2021 fra C til B, samt af Cs forklaring, at C forudsatte, at forsikringsforholdet hos det tidligere forsikringselskab ... var blevet undersøgt forud for indtegningen af forsikringen.

Det er herefter ikke bevist, at sagsøgeren har haft til hensigt at fortie eller skjule relevante oplysninger for sagsøgte. På denne baggrund finder retten det ikke bevist, at sagsøgeren har handlet svigagtigt.

Forsikringsaftalelovens § 5

Ankenævnet for Forsikring

Forsikringsaftalelovens § 5, stk. 1, har følgende ordlyd: *”Må det antages, at forsikringstageren ved forsikringens tegning hverken vidste eller burde vide, at en af ham given oplysning var urigtig, hæfter selskabet, som om urigtig oplysning ikke forelå.”*

Sagsøgeren findes ved sin urigtige besvarelse af spørgsmålet om tidligere skader at have handlet uagtsomt, idet han i det mindste burde have gennemlæst forsikringsbegæringen forud for underskrift. Det burde – om ikke andet så i forbindelse med en gennemlæsning af forsikringsbegæringen før underskrift med NemID – have stået sagsøgeren klart, at besvarelsen af spørgsmålet om tidligere skader var urigtig. Forholdet er derfor ikke omfattet af forsikringsaftalelovens § 5.

Forsikringsaftalelovens § 6

Forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, har følgende ordlyd:

”Har forsikringstageren, uden at forholdet omfattes af §§ 4 eller 5, givet urigtig oplysning, er selskabet fri for ansvar, hvis det kan antages ikke at ville have overtaget forsikringen, om det rette forhold havde været oplyst.”

Efter bestemmelsen i sagsøgtes interne indtegnings- og acceptregler pkt. 5, nr. 5, kunne sagsøgeren ikke tegne en indboforsikring hos sagsøgte, fordi han var over 26 år gammel og ikke tidligere havde haft indboforsikring, medmindre sagsøgte på grundlag af en acceptabel redegørelse ville dispensere fra denne regel. Spørgsmålet er derfor, om sagsøgte, hvis de rette forhold om de tidligere skader havde været oplyst i forsikringsbegæringen, ville have meddelt dispensation fra hovedreglen om, at sagsøgeren ikke kunne få en indboforsikring.

Indtegningsreglernes dispensationskrav om en ”acceptabel redegørelse” i relation til pkt. 5, nr. 5, må antages at angå årsagen til, at forsikringstageren ikke tidligere har haft en indboforsikring. Der foreligger ikke oplysninger om, at en redegørelse for, hvorfor sagsøger ikke tidligere havde haft en indboforsikring, er indhentet.

Det må på baggrund af mail af 5. november 2021 fra ... Forsikring til sagsøgte lægges til grund, at sagsøgte allerede den 18. juni 2021 modtog oplysning om skaden på hundeforsikringen, uden at dette gav anledning til, at sagsøgte opsagde forsikringen på grund af urigtige oplysninger, eller at sagsøgte rettede henvendelse til sagsøgeren med anmodning om yderligere oplysninger.

Det fremgår af sagsøgtes indtegnings- og acceptregler, pkt. 5, nr. 4, at der ikke kan tegnes forsikring for personer, der har haft mere end 3 skader inden for de sidste 3 år. Såfremt sagsøgeren på normal vis og udenfor dispensationsreglerne havde ønsket at tegne forsikring, ville skadeshistorikken ikke have været til hinder herfor.

Herefter og henset til de tidligere skaders karakter (skader på henholdsvis bilforsikring og hundeforsikring og ikke indboforsikring), findes sagsøgte ikke at have løftet bevisbyrden for, at sagsøgte ikke ville have tegnet indboforsikringen, såfremt sagsøgeren havde oplyst om de tidligere skader.

Er indbruddet omfattet af indboforsikringen?

Ankenævnet for Forsikring

Det fremgår af sagsøgtets forsikringsbetingelser pkt. 6.1, og pkt. 7.6, at forsikringstageren ved tyveriskade straks skal anmelde skaden til politiet og overfor sagsøgte sandsynliggøre, at der er tale om tyveri.

Det fremgår af kvittering for politianmeldelse, at politiet den 18. oktober 2021 modtog en anmeldelse om indbrud på sagsøgerens bopæl begået i tidsrummet fra den 17. oktober 2021 kl. 16.00 til den 18. oktober 2021 kl. 21.

Herefter, og efter sagsøgerens forklaring, findes det sandsynliggjort, at der er tale om en forsikringsbegivenhed, som er omfattet af forsikringsdækningen. Sagsøgerens påstand tages herefter i det hele til følge.

Sagsomkostninger

Efter sagens udfald skal sagsøgte betale sagsomkostninger til sagsøgeren. Sagsøgeren har opgjort sagens værdi til 500.000 kr. Det er oplyst, at sagsøgeren ikke er momsregistreret.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til. Heraf dækker 9.500 kr. retsafgift og 65.000,00 kr. udgiften til advokat. Det bemærkes, at udgiften til ekstrakt er indeholdt i advokatudgiften. "

3.1.3. Sag 98431. Bilforsikring. Skade i bilens mekaniske dele. Eksplosion.

Alm. Brand.

Klageren anmeldte den 27/1 2022, at der var sket skade på motoren på hendes leasede bil, idet hun havde tanket diesel med "diesel-pest". Tankstationen afviste, at der var noget galt med dieselen. Selskabet afviste dækning med henvisning til, at kaskoforsikringen havde undtaget dækning for skade, der var opstået i – og begrænset til bilens mekaniske dele. Klageren anførte, at en udefrakommende genstand var skyld i motorskaden, idet den forurenede diesel forårsagede forhøjet varme i brændkammeret, at dækningsundtagelsen kun relaterede sig til interne fejl i motoren, og at hun ikke havde mulighed for at undgå situationen. Selskabet anførte, at forurenede brændstof i bilens tank måtte betragtes som en skade opstået i de mekaniske dele, da bilens tank var en del af det samlede brændstofs system, og at den opgjorte skade omfattede motor, turbolader og partikelfilter, der alle var mekaniske dele, og at skaden ikke var sket som følge af brand eller eksplosion. Nævnets flertal fandt, at den forurenede diesel havde forårsaget en eksplosion i motoren, og at en sådan eksplosion var dækket efter forsikringsbetingelsernes punkt 3.2 og punkt 3.2.1, idet det fremgik, at der var dækning, når skaden kun opstod i bilens mekaniske dele, hvis skaden var sket ved eksplosion. Flertallet lagde vægt på, at det fremgik af skadesinspektørens rapport, at "Motoren er eksploderet turbo er fyldt med stumper fra motoren", at det fremgår af e-mail fra FDM (klagerens repræsentant), at "O-ringe i alle 4 dyser var smeltet fast inde i dyserne, formentlig pga. for stor varmeudvikling. ... Cylinder 3 kunne ikke lukke for brændstoffet pga. fremmedlegemer/manglende smøring, hvilket sandsynligvis er årsagen til motorens totalhavari, da dyse 3 forblev åbne".

Selskabet anfægtede afgørelsen. Selskabet henviste til, at selskabets skadeinspektør havde brugt vendingen, at motoren var "eksploderet", men at det er en vending normalt brugt i mekanikerbranchen, som ikke er udtryk for en reel eksplosion. En bedre betegnelse havde været motorhavari.

Ved Københavns Byrets dom af 11/11 2024 blev selskabet frifundet. Af dommen fremgår:

Ankenævnet for Forsikring

"Rettenns begrundelse og resultat

Denne sag vedrører spørgsmålet om, hvorvidt en motorskade på sagsøgers bil er forsikringsdækket.

Ifølge forsikringsbetingelserne dækker forsikringen ikke skade, der kun opstår i bilens mekaniske dele f.eks. motor, medmindre skaden er sket ved eksplosion, hvorved forstås en meget hurtigt forløbende forbrænding eller kemisk proces, der udvikler kraftig varme og som regel ledsages af et brag og et lysglimt.

Sagsøgtens skadeinspektør har forklaret, at det er en skrivefejl i rapporten, at han har anvendt udtrykket "eksplosion", og at motoren ikke var eksploderet, men brudt sammen. Sagsøgte anerkendte heller ikke dækning af skaden på baggrund af rapporten. Retten finder ikke, at sagsøgte herved har givet sagsøger anledning til at bortskaffe motoren.

Det fremgår af skønserklæringen, at det er skønsmandens vurdering, at man ikke kan bruge ordet "eksplosion" som beskrivelse af motorhavariet i den omhandlede sag. Det fremgår videre af vurderingen, at der er sket et nedbrud, som har medført skader i flere af motorens cylindre, og at der er ført metalstumper ud i turboen, som har beskadiget denne. Vedrørende spørgsmålet om havariet kan antages opstået grundet dieselpest har skønsmanden vurderet, at omfanget af eventuelle bakterier i køretøjets diesel efter al sandsynlighed ikke kan have medført, at motoren er havareret.

Retten lægger til grund, at skaden er begrænset til bilens mekaniske dele, som er undtaget fra dækning ifølge forsikringsbetingelser, og at det er uden betydning for dækning, om motorhavariet skyldes dieselpest.

Efter skønsmandens vurdering af motorhavariet lægger retten til grund, at der ikke er sket en eksplosion.

Det findes således ikke bevist, at skaden på bilens motor er sket ved en eksplosion og dermed omfattet af forsikringen.

Som følge af det anførte tages sagsøgtens påstand om frifindelse til følge.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 28.000 kr. og sagsøgtens udgift til syn og skøn 13.669,22 kr. inkl. moms, i alt 41.669,22 kr. Alm. Brand Forsikring A/S er momsregistreret. Sagsøger skal afholde samtlige udgifter til syn og skøn med i alt 50.667,50 kr. inkl. moms."

3.1.4. Sag 99211. Ulykkesforsikring. Méngrad. Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikring. Dækningstilsagn. Selskabets pligt til at træffe afgørelse.

Aros.

Klageren anmeldte, at han den 8/8 2020 fik en skade i venstre albue. Selskabet anerkendte ulykken og vurderede det varige mén til 8 %. Klageren var ikke tilfreds og indbragte sagen for Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikring, som fastsatte méngraden til 5 %. Selskabet udbetalte godtgørelse for varigt mén på 5 %. Klageren ønskede at få fastsat det varige mén til 8 %, samt refundering af udgiften til forelæggelse af sagen for Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikring. Klageren anførte, at selskabets sagsbehandling havde været vildledende, da

Ankenævnet for Forsikring

selskabet først vurderede méngraden til 8 %, og at selskabet ikke havde oplyst ham om risikoen for, at Arbejdsmarkedets Erhvervssikring kunne fastsætte méngraden til en lavere procent. Selskabet afviste at udbetale yderligere godtgørelse for varigt mén med henvisning til, at selskabet fulgte Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings vejledende udtalelse. Selskabet vurderede, at selskabets sagsbehandling havde været i overensstemmelse med gældende regler og god skik, og at selskabets tilbud om 8 % i varigt mén var bortfaldet. Nævnet fandt, at der ikke var grundlag for at pålægge selskabet at dække gebyret til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, idet Arbejdsmarkedets Erhvervssikring ikke fastsatte en højere méngrad end selskabet. Nævnet bemærkede, at selskabet i sit brev til klageren af 6/12 2021 havde fastsat klagerens varige mén til 8 %, og at det varige mén blev fastsat på baggrund af selskabets lægekonsulents vurdering. Nævnet fandt, at selskabets brev efter sit indhold havde karakter af en egentlig afgørelse, og at der var tale om et dækningstilsagn, som klageren kunne støtte ret på. Nævnet lagde også vægt på, at det forhold, at klageren ikke havde underskrevet den svarskrivelse, som selskabet har fremsendt, med sit NemID, ikke kunne føre til andet resultat, og at selskabet ikke sås at have indgået en aftale med klageren om, at udtalelsen fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring skulle træde i stedet for selskabets afgørelse af 6/12 2021. Selskabet skulle dermed udbetale erstatning til klageren, så klageren fik en samlet erstatning, der svarede til en méngrad på 8 % i overensstemmelse med selskabets afgørelse af 6/12 2021.

Selskabet anfægtede afgørelsen. Ved Retten i Århus dom af 5/3 2024 blev selskabet frifundet. Af dommen fremgår:

"Rettenes begrundelse og resultat

Efter ordlyden i Aros brev af 6. december 2021 til [klageren] lægger retten til grund, at Aros har fremsat et tilbud til [klageren] om betaling af erstatning for en méngrad på 8 %, og oplyst [klageren] om, at det fremsatte tilbud bortfaldt, hvis det ikke blev accepteret inden 4 uger. Dette støttes endvidere af, at der var vedlagt brevet en svarskrivelse, hvori [klageren] ved anvendelse af nemID kunne acceptere tilbuddet eller anmode om at få sagen indbragt for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. På den baggrund foreligger der et tilbud, der kræver accept fra modtageren, jf. herved aftalelovens § 1. Det må endvidere efter [klagerens] mail af 19. oktober 2021 og Aros svar af 20. oktober 2021 lægges til grund, at [klageren] var bekendt hermed.

Herefter, og da [klageren] ikke accepterede det fremsatte tilbud inden fristen på 4 uger, men i stedet valgte at indbringe sagen for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, er det fremsatte tilbud bortfaldet. Dette støttes tillige af, at [klageren] senere ved mail af 28. september 2022 meddelte oplysning - og dermed tilsagn om - at erstatning for méngrad svarende til 5 % kunne indsættes på hans nemkonto. [Klageren] har derfor også accepteret, at sagen blev afsluttet med den erstatning.

Som følge heraf frifindes Aros.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af udgift til advokat eller anden repræsentation med 3.050,00 kr."

Klageren ankede dommen til Vestre Landsret, der ved dom af 26/8 2024 stadfæstede byretsdommen. Af dommen fremgår:

"Landsrettens begrundelse og resultat

Ankenævnet for Forsikring

Landsretten er enig i byrettens begrundelse og resultat. Landsretten stadfæster derfor byrettens dom. Efter sagens udfald skal [klageren] i sagsomkostninger for landsretten betale 2.000 kr. til Aros Forsikring - Gensidigt Forsikringselskab til udgifter til advokatbistand ekskl. moms. Der er ved fastsættelsen af beløbet taget hensyn til sagens værdi og til, at sagen er behandlet på skriftligt grundlag i den forenklede proces."

3.1.5. Sag 99264. Erhvervsevnetabsforsikring. Erhvervsevnetab. Om tabt arbejdsfortjeneste modtaget fra modparts ansvarsforsikring skulle indgå ved fastsættelsen af det økonomiske erhvervsevnetab.

PFA.

Klageren kom til skade ved en færdselsulykke i 2018 og blev fuldtidssygemeldt i maj 2019. Hun blev afskediget med lønophør 30/9 2019. Hun modtog fra 1/10 2019 og indtil 2021 månedligt udbetaling af erstatning for tabt arbejdsfortjeneste fra skadevolders ansvarsforsikring. Selskabet afviste dækning under firmapensionsforsikringen med henvisning til, at den tabte arbejdsfortjeneste skulle medregnes i klagerens aktuelle økonomiske erhvervsevne fra 1/10 2019, og at hun dermed ikke havde en indtægtsnedgang på mindst 10 %. Nævnet fandt, at pensionsvilkår af 8/1 2019 var gældende, idet der ikke var godtgjort utilstrækkelige forhold ved selskabets varsling af forsikringstager og information af klageren om nye vilkår. Af vilkår af 8/1 2019 fremgik det som nyt vilkår, at "udbetalinger fra andre forsikringer som følge af eksempelvis arbejdsskade eller nedsat erhvervsevne" skulle medregnes i sikrede aktuelle økonomiske erhvervsevne. Nævnet fandt, at bestemmelsen ikke med tilstrækkelig klarhed omfattede erstatning uden for kontrakt for personskade, selvom udbetalingen skete fra et ansvarsforsikringselskab på skadevolders vegne. Nævnet bemærkede, at der grundlæggende var tale om et krav, klageren havde mod skadevolder. Nævnet fandt, at den tabte arbejdsfortjeneste ikke kunne medregnes i den økonomiske erhvervsevne, og at klageren havde et erhvervsevnetab i dækningsberettigende grad fra lønophør den 1/10 2019 og frem til den 1/1 2020, hvor forsikringen udløb.

Selskabet anfægtede afgørelsen. Ved København Byrets dom af 24/6 2024 blev selskabet frifundet. Af dommen fremgår:

"Rettens begrundelse og resultat

Parterne er enige om, at sagsøgeren var berettiget til løbende udbetalinger for nedsat erhvervsevne, hvis hun opfylder betingelsen om, at hendes økonomiske erhvervsevne fra den 15. maj 2019 var nedsat med mindst 10 %. Spørgsmålet for retten er således, om der ved beregningen af i hvilket omfang sagsøgerens økonomiske erhvervsevne var nedsat, skal inddrages den erstatning for tabt arbejdsfortjeneste, som sagsøgeren modtog fra skadevolderens forsikringselskab.

Efter forsikringsvilkårene afsnit 6.1.1.1.3 skal nedgangen i den økonomiske erhvervsevne beregnes som forskellen mellem den hidtidige dækningsgivende løn og den resterende økonomiske erhvervsevne, der efter bestemmelsen er den faktiske indtjening inklusiv bl.a. udbetalinger fra andre forsikringer som følge af eksempelvis arbejdsskade eller nedsat erhvervsevne.

Det fremgår indledningsvist af definitionen af den økonomiske betingelse i afsnit 6.1.1.1.3, at dette vedrører indtjeningsnedgang. Det fremgår videre af afsnittet, at andre forsikringsudbetalinger skal medregnes i udregningen af den sikredes resterende økonomiske erhvervsevne, og at disse andre forsikringer kan være en følge af eksempelvis arbejdsskader eller nedsat erhvervsevne. Da der således efter formuleringen

Ankenævnet for Forsikring

ikke er tale om en udtømmende opremsning, finder retten, at denne ikke kan begrænses til alene at omfatte forsikringsudbetalinger, hvor sagsøgeren er den sikrede, men derimod også må omfatte udbetalinger fra andre forsikringsselskaber, såfremt disse ligeledes udbetales med det formål at kompensere for det lidte indtægtstab. Retten finder herefter, at forsikringsvilkårene ikke er så uklart formulerede, at disse må tolkes til fordel for sagsøger. Da sagsøgeren herefter ikke opfylder den økonomiske betingelse i forsikringsvilkårene og derfor ikke er berettiget til dækning, tages sagsøgtes påstand om frifindelse til følge.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 200.000 kr."

3.1.6. Sag 99483. Bådforsikring. Havari. Grov uagtsomhed.

Chubb European Group SE v/Pantaenius

Klagerens båd påsejlede et skær ud for Grønlands vestkyst og sank. Klageren oplyste, at det var mørkt, regnvej, vindstille og tåget. Han sejlede 15-16 knob og sigtbarheden var 5-7 meter. Klageren oplyste, at han sejlede i et opmålt søterritorium i Sisak-ruten med GPS. Han var en erfaren sejler og havde sejlet i pågældende rute med GPS mange gange før. Selskabet anførte, at klageren havde udvist grov uagtsomhed ved at sejle med så høj fart under så dårlig sigtbarhed. Nævnet fandt, at selskabet ikke havde bevist, at klageren havde udvist grov uagtsomhed.

Selskabet anfægtede afgørelsen. Ved Sø- og Handelsrettens dom af 11/10 2024 fik klageren medhold. Dommen er trykt i Ugeskrift for Retsvæsen 2025 side 525ff. Af dommen fremgår:

"Retten begrundelse og resultat

Spørgsmålet er, om [klageren] har fremkaldt forliset den 16. september 2022 ved grov uagtsomhed, således, at Chubb European Group er berettiget til at afslå dækning eller nedsætte erstatningen i forhold til graden af uagtsomhed, jf. § 6 i forsikringsbetingelserne. I forsikringsbetingelsernes definition af grov uagtsomhed henvises til den situation, at en person væsentligt undlader at udøve den nødvendige omhu, der er påkrævet af omstændighederne som helhed, undlader at gøre sig de mest enkle overvejelser og/eller undlader at tage højde for ting, der burde være åbenbare for en fornuftig person under de givne omstændigheder.

Indledningsvis bemærker retten, at Søvejsreglerne – som Chubb European Group har henvist til – knytter sig til "Convention on the International Regulation for Preventing Collisions at Sea" og således er antikollisionsregler og vedtaget for at forhindre kollisioner i mødet mellem to skibe. Søvejsreglerne finder derimod ikke direkte anvendelse i forhold til almindelig sejladsplanlægning, herunder navigatørens løbende kontrol af fartøjets position i henhold til sejladsplanlægningen.

Retten lægger efter bevisførelsen til grund, at [klageren] den 16. september 2022 sejlede ad Sisak-ruten syd over mod Fiskeresset med en hastighed af op imod 15-16 knob på påsejlingstidspunktet. Selvom opsamlingsstedet efter forliset ikke er på Sisak-ruten, finder retten ikke grundlag for at afvise [klagerens] forklaring om, at han sejlede på Sisak-ruten, idet han og [vidne] samtidig har forklaret, at der var strøm, og at de efter grundstødningen både drev og roede ind mod land i 1-2 timer.

Ankenævnet for Forsikring

Sisak-ruten er en rute i et sejladsområde, som er baseret på politiets tracks, og efter bevisførelsen – herunder forklaringerne, mail af 18. april 2024 fra ..., billedmateriale og videomateriale - lægger retten til grund, at det er sædvanligt at sejle på denne rute. [klageren] – som flere gange havde sejlet på denne rute – har forklaret, at han navigerede efter en nyere GPS (elektronisk søkort) og radar, og at han gik op og ned i fart efter forholdene. Det var mørkt, vindstille og havblik, og både [klageren] og [vidnet] har forklaret, at de holdt øje med omgivelserne, radar og GPS. [Klageren] har desuden forklaret, at han var opmærksom på, om han holdt sig på strengen på Sisak-ruten.

Retten lægger desuden til grund, at [klageren] den 16. september 2022 påsejlede et undersøisk skær. Som anført af Chubb European Groups egen taksator den 20. marts 2023 kan der sagtens være skær i og omkring Sisak-ruten. Retten tillægger det ikke afgørende betydning, at det af en af [klageren] underskrevet politirapport fremgår, at han til politiet skulle have forklaret, at der var tale om påsejling af en "klippe-side". [Klagerens] forklaring for Sø- og Handelsretten, hvilken forklaring fremstår troværdig, sammenhængende og detaljeret, understøttes af vidnet ... forklaring om, at han ved påsejlingen fornemmede, at de ikke sejlede direkte på noget, men at båden "kørte" på noget, og at der var vand nede i båden. Hertil kommer, at [klageren] har forklaret, at han efter at være kommet i redningsflåden ikke så nogen klippe-side eller noget synligt skær. [klagerens] og [vidnets] forklaringer stemmer desuden med [klagerens] tegning og beskrivelse af skaden på båden i hans anmeldelse til forsikringssselskabet.

Under disse omstændigheder er det ikke godtgjort, at [klageren] som følge af sejlrutens, nedsat sigtbarhed på grund af tåge, vejrforholdene i øvrigt, bådens fart eller andre forhold har udvist grov uagtsomhed som beskrevet i forsikringsbetingelserne. Efter sin egen og [vidnets] forklaring foretog [klageren] derimod både før og efter forliset relevante handlinger. Det må anses for usandsynligt, at [klageren] kunne have set og undgået påsejling af et undersøisk skær, som kun kan ses med det blotte øje under visse særligt gunstige forhold i dagslys. Det er ikke godtgjort, at [klageren] ved en lavere hastighed ville have undgået påsejling af det undersøiske skær, ligesom det ikke er godtgjort, at en lavere hastighed ville have medført mindre skader under de givne omstændigheder, hvor det ikke kan udelukkes, at strømmen ved sejlads med lavere hastighed kunne have haft større magt over båden, så sikker navigering ville have været yderligere kompliceret.

Efter en samlet vurdering har Chubb European Group således ikke godtgjort, at [klageren] har fremkaldt forsikringsbegivenheden på grund af grov uagtsomhed som angivet i forsikringsbetingelserne med den følge, at forsikringsdækning skal afslås eller nedsættes.

Herefter – og da det af policen for [klagerens] båd fremgår, at dækningsomfanget er 900.000 kr. med fradrag af selvrisko på 24.000 kr. – tager retten [klagerens] påstand om, at Chubb European Group skal betale 876.000 kr. til følge.

Kravet forrentes med procesrente fra den 29. december 2022 efter forsikringsbetingelsernes § 8, stk. 1 og 2, jf. forsikringsaftalelovens § 24, stk. 2, jf. rentelovens § 5, stk. 2.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 86.250 kr. og af retsafgift med 15.500 kr., i alt 101.750 kr. [Klageren] er ikke momsregistreret. "

Ankenævnet for Forsikring

3.2. Anfægtede sager. Forligt i 2024.

13 anfægtede sager blev i 2024 forligt. Heraf er 4 af sagerne afgjort af nævnet i 2024, mens de øvrige 9 sager er afgjort i tidligere år.

3.2.1. Sag 95876. Erhvervsevnetabsforsikring. Erhvervsevnetab. Observation. Ophævelse. PFA.

Sagen er ikke offentliggjort på nævnets hjemmeside. Klageren havde på grund af følger efter et trafikuheld modtaget ydelser siden 2017. Selskabet standsede udbetalingerne i marts 2020, idet klagerens erhvervsevnetab ikke længere var på mindst 50 %. Selskabet havde ophævet klagerens forsikringsdækninger. Selskabet havde observeret klageren i 3 perioder, hvor klageren fremstod fysisk upåvirket, og hvor klageren var aktiv i et timetal som oversteg de 12-14 timer, som han havde oplyst, at han var i stand til at arbejde. Nævnet fandt, at klageren ikke havde dokumenteret, at hans erhvervsevne fortsat var nedsat med mindst halvdelen. Nævnet lagde vægt på, at klageren var observeret uden fysiske begrænsninger, og at klageren var observeret arbejdende i et fysisk krævende erhverv, der dog havde et vist hobbypræg. Nævnet fandt, at selskabet havde været uberettiget til at ophæve klagerens forsikringsdækning under henvisning til, at klageren havde handlet illoyalt.

Selskabet anfægtede afgørelsen. Klageren stævnedeselskabet. Selskabet har oplyst, at retssagen blev forligt, og at klageren – efter at Retslægerådet havde afgivet udtalelse – frafaldt alle krav mod selskabet, mod at selskabet frafaldt krav om tilbagebetaling af 2 måneders ydelser.

3.2.2. Sag 96148. Erhvervsevnetabsforsikring. Erhvervsevnetab. Observation. Ophævelse. Tilbagebetalingskrav. PFA.

Klageren havde modtaget ydelser fra 1/1 2010 og til 1/12 2019 på baggrund af rygggener. Efter observationer af klageren standsede selskabet udbetalingen af helbredsbedingede ydelser. Selskabet havde ydet dækning til klageren i over 9 år. Nævnet fandt, at selskabet skulle bevise, at der var indtruffet en sådan forbedring i klagerens forhold, at han ikke længere havde det hidtidige dækningsberettigende erhvervsevnetab. Klageren var i henhold til de gældende forsikringsbetingelser på ophævelsestidspunktet berettiget til fuld udbetaling af invalideydelser og præmiefritagelse, hvis hans generelle erhvervsevne var nedsat til en tredjedel eller derunder. Klageren var berettiget til halve ydelser og halv præmiefritagelse, hvis hans generelle erhvervsevne var nedsat til halvdelen eller derunder. Nævnet fandt, at selskabet havde bevist, at klagerens erhvervsevne efter den 1/12 2019 ikke længere var nedsat i dækningsberettigende grad. Nævnets flertal fandt, at selskabet ikke havde bevist, at klagerens adfærd havde en sådan grovhed, at klageren havde handlet illoyalt ift. sine kontraktlige forpligtelser. Selskabet havde derfor ikke været berettiget til at ophæve klagerens erhvervsevnetabsforsikring. Nævnet tog ikke stilling til om selskabet havde et berettiget tilbagebetalingskrav på allerede udbetalte ydelser.

Selskabet anfægtede afgørelsen.

Ankenævnet for Forsikring

Ved Københavns Byrets dom af 22/3 2024 blev selskabet tilpligtet at anerkende, at det uberettiget havde ophævet klagerens erhvervsevnetabsforsikring, og selskabet blev pålagt at genetablere dækningen på uændrede vilkår. Selskabet skulle også anerkende, at klagerens erhvervsevne fortsat var nedsat med mindst 2/3. Klageren blev frifundet for selskabets krav om tilbagebetaling af allerede udbetalte ydelser for en periode. Af dommen fremgår:

"Retten begrundelse og resultat

Denne [sagsøger] er i henhold til forsikringsbetingelserne hos PFA berettiget til udbetaling af ydelser for invalidepension og bidragsfritagelse, såfremt hans generelle erhvervsevne varigt er nedsat til en tredjedel eller derunder som følge af en dækningsberettiget helbredsmæssig begivenhed.

Det lægges på baggrund af de lægelige oplysninger ubestridt til grund, at [sagsøger] lider af en kronisk og medfødt ryglidelse, at han som følge heraf har gennemgået adskillige rygoperationer, og at han har fået indopereret tre smerteelektroder. Det er endvidere ubestridt, at ryglidelsen indebærer, at [sagsøger] er smerteplaget og tager medicin efter behov herfor, samt at ryglidelsen har en negativ påvirkning på hans funktionsniveau. Det er yderligere ubestridt, at betingelserne for udbetaling af invalidepension og bidragsfritagelse oprindeligt var opfyldt den 16. april 2010, hvor PFA første gang traf afgørelse om at udbetale erhvervsevnetabsydelse samt præmiefritagelse under henvisning til, at [sagsøger]s erhvervsevnetab var nedsat til en tredjedel eller derunder.

PFA har i ca. 10 år ydet [sagsøger] dækning for erhvervsevnetab på baggrund af hans kroniske ryglidelse.

Retten finder, at det under disse omstændigheder er PFA, der har bevisbyrden for, at [sagsøger] har afgivet urigtige oplysninger, eller at der er indtrådt en bedring i hans helbredsforhold, som han har undladt at informere PFA om.

Retten finder, at der er væsentlige uoverensstemmelser mellem på den ene side oplysningerne om [sagsøgers] funktionsniveau i de lægelige akter og [sagsøgers] egne beskrivelser af sit funktionsniveau i funktionskemaet og opfølgningsskemaet, som han har fremsendt til PFA til brug for PFA's vurdering af hans erhvervsevnetab, og på den anden side det, der fremgår af PFA's videooptagelser og observationer af [sagsøger], således som disse endvidere er uddybet og understøttet ved forklaringerne afgivet af vidnerne [vidne 2] og [vidne 3].

Retten finder imidlertid, at [sagsøgers] funktionsevne ikke alene på baggrund af de foretagne observationer kan anses for at være bedre end en tredjedel.

Retten har herved lagt vægt på, at der alene er foretaget observationer af [sagsøger] i sammenlagt 13 dage over tre perioder af henholdsvis fire, seks og tredages varighed, og at observationerne alle er foretaget inden for en kort periode på ca. 1,5 måned på samme tid af året, hvorfor observationerne ikke findes at give tilstrækkeligt grundlag for at fastslå, at [sagsøgers] erhvervsevne ikke er nedsat i dækningsberettigende grad. Retten finder således ikke at kunne udelukke, at observationerne er et udtryk for tilfældigheder, der ikke giver et retvisende billede af [sagsøgers] generelle aktivitetsniveau. For så vidt angår observationerne foretaget under [sagsøgers] ferie til [fremmed land] lægger retten til grund, at ferien var af begrænset varighed, hvorfor disse observationer ikke i sig selv findes at give grundlag for at fastslå, at

Ankenævnet for Forsikring

[sagsøger] har en funktionsevne, der overstiger en tredjedel. Retten har herved også lagt vægt på [sagsøgers] forklaring, herunder om baggrunden for aktivitetsniveauet på de dage, hvor der er foretaget observationer. Retten har i den forbindelse blandt andet lagt vægt på, at [sagsøgers] forklaring understøttes af de foretagne observationer, herunder for så vidt angår [sagsøgers] behov for hvilepauser på køreturen til [fremmed land], samt for så vidt angår [sagsøgers] forklaring om, at han var smerteplaget på turen til [fremmed land], hvilket understøttes af, at han dagen efterkøreturen til [fremmed land] som det første kørte på apoteket, og at smerterne er baggrunden for, at han flere gange på observationerne ses foretage bevægelser/stræk i ryggen, idet dette er med til at stimulere smerteelektroderne. Retten bemærker i denne forbindelse, at [sagsøgers] forklaring på dette punkt tillige understøttes af forklaringerne afgivet af vidnerne [vidne 2] og [vidne 3].

Det findes endvidere at være et spørgsmål af lægefaglig karakter, om aktiviteterne er uforenelige med de i sagen foreliggende lægelige akter. En sådan lægefaglig vurdering foreligger ikke i denne sag.

Retten finder det på den baggrund efter en samlet vurdering af de foreliggende oplysninger ikke godtgjort, at der er sket en bedring i [sagsøger]s erhvervsevne, således at erhvervsevnen ikke har været nedsat til en tredjedel eller derunder.

[Sagsøgers] påstand tages på den baggrund til følge, og [sagsøger] frifindes dermed samtidig for PFA's selvstændige betalingspåstand.

Sagsomkostningerne fastsættes til 150.000 kr., som PFA skal betale til [sagsøger]. Af beløbet udgør 750 kr. erstatning for retsafgift og resten et passende beløb til dækning af [sagsøger]s advokatbistand. Beløbet er fastsat efter sagens værdi, forløb og udfald, herunder at der er afholdt hovedforhandling af 1,5 dags varighed. [sagsøger] er ikke momsregistreret."

Selskabet ankede dommen til landsretten. Sagen blev forliget ved, at selskabet har dækket ca. 1/3 af klagerens krav.

3.2.3. Sag 96501. Ulykkesforsikring. Méngrad. Årsagssammenhæng. Tilsidesættelse af tabsbegrænsningspligt ved grov uagtsomhed.

Chubb European Group Limited.

Klageren faldt den 11/7 2018, da han var ved at tanke sin båd. Han styrtede ned imellem båden og kajkanten og blev trukket i højre skulder med hele sin vægt, da han greb ud efter et gelænder. Han satte armen i slynge, fortsatte sejlturen og søgte læge den 10/8 2018, der henviste til fysioterapi. En ultralydsskanning den 28/3 2019 viste rotatorcuff ruptur og bicepsseneruptur. Et andet selskab udbetalte godtgørelse for varigt men efter ulykken på 25 %. Klageren anførte, at han troede, der var tale om en forstuvning eller forvriddning, som ville gå over igen, at han ikke havde skuldergener før ulykken, og at både en funktionsattest af skulderen og en ortopædkirurgisk speciallæge havde vurderet årsagssammenhæng. Selskabet afviste dækning med henvisning til, at den anmeldte ulykke ikke kunne have medført overrivning af alle senerne i skulderen. Selskabet anførte, at klageren havde haft en forbigående skulderlidelse, og at overrivningen af skuldere senerne skyldtes en aldersbetinget, degenerativ lidelse. Nævnet fandt, at det var antageliggjort, at klageren som følge af den anmeldte hændelse kunne have fået varigt men på 5 % eller derover. Nævnet fandt, at der ikke var

Ankenævnet for Forsikring

oplysninger i sagen, der understøttede, at klagerens mén var blevet væsentligt forøget som følge af, at klageren først søgte læge den 10/8 2018, eller at méngraden i øvrigt er forøget som følge af forhold, der kan tilregnes klageren som groft uagtsomt, jf. forsikringsaftalelovens § 124 og forsikringsbetingelsernes pkt. 7.11. Nævnet fandt, at selskabet skulle indhente og betale for en vejledende udtalelse fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring til belysning af spørgsmålet om årsagssammenhæng, og hvor méngraden fastsættes efter regelgrundlaget i ulykkesforsikringen.

Selskabet anfægtede afgørelsen og anførte, at det forekom usandsynligt, at flere sener i skulderen var overrevet, og at klageren uanset dette ikke søgte læge i 4 uger og fortsatte sin sejltur. Selskabet var dog indstillet på at indhente og betale for en vejledende udtalelse fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring vedrørende den medicinske årsagssammenhæng og méngrad.

AES vurderede, at der var årsagssammenhæng, hvorefter klagerens stævnedede selskabet. Selskabet tog bekræftende til genmæle, da man modtog Retslægerådets udtalelse i sagen.

3.2.4. Sag 97341. Bygningsforsikring. Frostsprængning. Fortolkning "lokale".

Alka Forsikring.

Klageren havde fjernvarme og afbrød vandgennemstrømningen til husets varmeanlæg før en længere rejse om vinteren. Den 19/2 2021 anmeldte klageren vandskade i sin ejendom. Selskabets VVS-er konstaterede et frostsprængt kobberrør i et skunkrum på 1. sal. Klageren anførte, at han ved en fejl var kommet til at afbryde varmen helt, da han ville skrue ned for varmen inden sin rejse. Klageren anførte, at det var et hændeligt uheld/et tilfældigt svigt i varmforsyningen, og at skaden skulle dækkes som pludselig skade på en automatudlufter. Selskabet anførte, at der var tale om en frostsprængning i utilstrækkeligt opvarmede lokaler, at ejendommen havde stået uopvarmet i de to koldeste vintermåneder, og at det var en aktiv handling at lukke for varmen og derfor ikke et tilfældigt svigt i varmforsyningen. Nævnet fandt, i overensstemmelse med taksatorrapporten og det fremlagte billedmateriale, at måtte lægge til grund, at der var sket frostsprængning af et rør i et skunkrum. Nævnet fandt, at et skunkrum ikke kunne anses for omfattet af forsikringsbetingelsernes definition af ordet "lokale". Nævnet henviste til sag 63400 og 67151. Selskabets begrundelse for afvisning af skaden - at skaden skyldtes frost i et uopvarmet lokale - kunne derfor efter nævnets opfattelse ikke finde anvendelse. Selskabet skulle derfor anerkende, at det havde været uberettiget til at afvise skaden med henvisning til, at skaden skyldtes frostsprængning i et uopvarmet lokale og skulle på dette grundlag genoptage sagsbehandlingen.

Selskabet anfægtede afgørelsen. Selskabet anførte bl.a., at vandrøret ikke ville være frostsprængt, hvis klageren ikke havde afbrudt varmforsyningen til ejendommen, og at skaden er påført ejendommen ved en aktiv handling, idet klager før sin bortrejse i januar og februar måned slukkede for ejendommens varmforsyning, hvilket Alka Forsikring desuden fandt var groft uagtsomt.

Selskabet har oplyst, at der forud for hovedforhandlingen i byretssagen blev indgået forlig med klageren.

Ankenævnet for Forsikring

3.2.5. Sag 97438. Husejerforsikring. Vandskade.

If.

Klageren - boet efter afdøde - klagede over afslag på dækning af en anmeldt vandskade. Selskabet afviste dækning under henvisning til manglende vedligeholdelse af forsikringsstedet, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 1.3.1 og 1.3.2. Nævnet fandt på det foreliggende usikre faktuelle grundlag, at der var sket skader på huset som følge af vand, der strømmede ud fra en radiator, hvorefter vandet gennem længere tid var sivet igennem loftet til stuen. Nævnet lagde vægt på, at der var anmeldt en omfattende vandskade forårsaget af et brud på en radiator, og at selskabet havde stillet sig i en bevismæssig vanskelig position ved ikke at foretage en nærmere besigtigelse af forholdet. Nævnet lagde også vægt på, at selskabet ikke havde fremlagt oplysninger om andre mulige skadesårsager. Nævnet fandt, at selskabet var uberettiget til at afvise dækning under henvisning til forsikringsbetingelsernes punkt 1.3. og 1.9., da selskabet ikke havde godtgjort, dels at rørbruddet skyldtes manglende vedligeholdelse, dels at selskabet – hvis det havde fået oplysning om klagerens hospitalsophold eller ophold i plejebolig – ville have opsagt rørskadeforsikringen. Nævnet bemærkede, at det fremgik af selskabets opsigelse, at forsikringen blev opsagt med virkning fra 6/9 2021. Forsikringen var således i kraft på anmeldelsestidspunktet. Selskabet skulle anerkende, at vandskaden på ejendommen som følge af rørbruddet var omfattet af forsikringsdækningen, og selskabet skulle opføre og yde erstatning i overensstemmelse hermed.

Selskabet anfægtede afgørelsen.

Selskabet har oplyst, at klageren stævnedes selskabet, og at sagen blev forliget udenretligt mod, at selskabet betalte 240.000 kr. til klageren. Det blev overladt til retten at fastsætte sagens omkostninger.

3.2.6. Sag 98474. Ejerskifteforsikring. Fugt og skimmelsvamp.

ETU.

Klageren overtog ejendommen (der var fra 1977) den 1/10 2021 og anmeldte den 31/1 2022, at han – da han fik nøglerne til huset – kunne lugte en kraftig jordslået luft i hele huset. Lugten havde ikke været der, da han havde været til fremvisning af huset. OBH-gruppen foretog en undersøgelse, der viste, at der var skjult vækst af skimmel under gulvkonstruktionen. Klageren ønskede, at selskabet anerkendte, at skimmelsvampeskaden var dækningsberettigende. Klageren anførte, at OBH-gruppen havde redegjort for skadeårsagen, hvorfor forholdene ved skaden og årsagen hertil var dokumenteret. Selskabet anførte, at det ikke var korrekt, at klageren tilstrækkeligt havde redegjort for skadeårsagen. Selskabet henviste til, at OBH i mail af 16/11 2022 havde bekræftet, at vandskaden var en mulig skadeårsag og at "ifølge OBH Rådgivende Ingeniører tyder det på i omhandlende tilfælde enten at være konstruktionsbetinget fugt, restfugt fra de tidligere vandskader eller en kombination af disse to jfr. mail af 16. november 2022". Selskabet anførte, at "klagen bør afvises fra Ankenævnet, da den oprindelige påklagede afgørelse ikke længere er gældende, og sagen fortsat er under behandling i skadesafdelingen for ejerskifteforsikring samt at skadesårsag endnu ikke kan anses for klarlagt, som først kan ske i forbindelse med den igangværende skadesbehandling". Nævnet fandt, at selskabet havde været uberettiget til at betinge sin stillingtagen til dækningssspørgsmålet af, at sælgers husejerforsikring afviste, at der var tale om en utilstrækkelig udbedring af den tidligere vandskade. Nævnet bemærkede, at der i sagen ikke var oplysninger om, at klageren var aftalepart eller rettighedshaver e.l. i forhold til sælgers husejerforsikring. Nævnet fandt det bevist, at opfugtningen og skimmeldannelsen i gulvkonstruktionen udgjorde en følgeskade af en dækningsberettiget skadeårsag på bygningen, som medførte, at der forekom

Ankenævnet for Forsikring

opfugtning/skimmeldannelse i et omfang, der var usædvanligt for tilsvarende bygningskonstruktioner af samme alder og byggemåde, når der sammenlignedes med tilsvarende bygningskonstruktioner af samme alder uden den dækningsberettigede skadeårsag. Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af OBH's rapport, at gulvet var "udført uden fugtspærre, hvilket modstrider gældende anvisninger på opførelsestidspunktet SBI-anvisning 72 Terrændæk. Fugtproblemet vurderes at være en kombination af både et dårligt fungerende kapillarbrydende lag og overisolering, hvilket skaber risiko for kondensdannelse på betondækket. Følgende opfugter herved trækonstruktionen og medvirker til skimmeldannelse og en 'meget høj skimmelsvampebelastning' til boligen iht. SBI-anvisning 274". Nævnet lagde vægt på oplysningerne om, at fugtproblemerne formentligt var forværret af restfugt fra en utilstrækkeligt udbedret rørskade sket i sælgers ejertid. Nævnet lagde til grund, at der var tale om et massivt skimmelangreb, som i sig selv på overtagelsestidspunktet havde en intensitet og et omfang, som nedsatte værdien eller brugbarheden af særligt beboelsesrummene i bygningen nævneværdigt i forhold til tilsvarende bygninger af samme alder. Nævnet lagde vægt på, at klageren overtog ejendommen den 1/10 2021, anmeldte forholdet den 31/1 2022 og at OBH vurderede, at fugt- og skimmelproblematikken havde gjort sig gældende på overtagelsestidspunktet. Nævnet fandt, at selskabet skulle opgøre og udbetale erstatning i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne til udbedring af bygningsskaderne i overensstemmelse med anbefalingerne i OBH's rapport.

Selskabet anfægtede afgørelsen. Selskabet anførte, at skadeårsagen ikke var klarlagt, og at selskabet havde anlagt sag om isoleret bevisoptagelse mod klageren og sælgerens husforsikring.

Selskabet har oplyst, at det ved syn og skøn blev fastslået, at skadeårsagen var en tidligere rørskade, som ikke var udbedret korrekt. Selskabet anerkendte på denne baggrund dækningspligten.

3.2.7. Sag 98659. Byggeskadeforsikring. Skadebegrebet.

Gar-Bo Forsäkring AB, v/Caplloyd.

Klageren anmeldte løse afdækninger på ejendommens murkrone og lunke/utæt tagudhæng. Selskabet afviste dækning under henvisning til, at de anmeldte forhold ikke opfyldte skadebegrebet. Nævnet fandt, at klageren havde bevist, at de anmeldte forhold vedrørende afdækninger på ejendommens murkrone og lunke/utæt tagudhæng udgjorde byggeskade eller nærliggende risiko for byggeskade i forsikringsbetingelsernes forstand. Selskabet skulle genoptage sagsbehandlingen med henblik på at opgøre erstatningen på grundlag af udgifterne til udbedring af forholdene. Selskabet skulle i forbindelse hermed undersøge om konstruktionens bæreevne var tilstrækkelig, jf. rapport af 12/10 2022 og mail af 27/1 2023 fra ingeniørfirma 3 samt notat af 24/4 2023 fra ingeniørfirma 2.

Selskabet anfægtede afgørelsen. Sagen blev indbragt for retten. Selskabet har oplyst, at sagen er forliget med betaling af 82.250 kr. til klageren med tillæg af renter. Forliget, der er til fuld og endelig afgørelse af sagen, omfatter de forhold, der var genstand for ankenævnsagen, mens selskabet ikke dækker omkostningerne til 2 nye forhold, som klageren inddrog under retssagen.

Ankenævnet for Forsikring

3.2.8. Sag 98967. Erhvervsevnetabsforsikring. Ophævelse af forsikring med tilbagevirkende kraft. Urigtige risikooplysninger.

PFA.

Klageren blev den 1/3 2021 omfattet af en pensionsordning med forsikringsdækning ved tab af erhvervsevne. Den 27/4 2022 anmeldte klageren erhvervsevnetab på grund af stress og depression. Selskabet ophævede erhvervsevnetabsforsikringen med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet med henvisning til det generelle forbehold i aftalegrundlaget. Subsidiært gjorde selskabet gældende, at klageren ved oprettelsen af pensionsordningen afgav urigtige oplysninger, og at hendes undladelse af at give relevante risikooplysninger måtte tilregnes hende som mindst uagtsomt, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1. Selskabet anførte, at pensionsordningen blev oprettet med et generelt forbehold, som omfattede situationer, hvor klageren havde været indstillet til eller godkendt til et kommunalt jobafklaringsforløb inden den 1/3 2021. Klageren anførte, at hun aldrig havde været i et ressource-/jobafklaringsforløb, at hun i kommunalt regi kun var sygemeldt, og at hun blev raskmeldt inden, hun blev optaget i pensionsordningen. Hun havde derfor ikke haft noget at indberette til selskabet i forbindelse oprettelsen af forsikringen. Som sagen forelå oplyst, måtte nævnet lægge til grund, at klageren ikke returnerede "Erklæring om erhvervsevne" i udfyldt og underskrevet stand til selskabet. Nævnet fandt, at tvisten skulle afgøres efter forsikringsaftalelovens bestemmelser om afgivelse af urigtige oplysninger. Nævnet lagde vægt på, at klageren ved optagelse i pensionsordningen skulle udfylde "Erklæring om erhvervsevne", hvis et eller flere af de punkter, der var opregnet i erklæringen, passede på klagerens situation. Nævnet lagde også vægt på, at forsikringsaftalelovens §§ 4-10 i vidt omfang var beskyttelsespræceptive regler om urigtige oplysninger ved aftalens indgåelse, og at selskabet ikke kunne omgå forsikringsaftalelovens § 6 eller § 7 ved at indsætte et dækningsforbehold i pensionsbeviset eller andre steder i aftalegrundlaget. Idet klageren ikke indsendte "Erklæring om erhvervsevne" til selskabet fandt nævnet, at forholdet skulle vurderes efter forsikringsaftalelovens § 7, idet bestemmelsen angik "forsikringstagerens undladelse af at give oplysning". At klageren var bedt om at indsende "Erklæring om erhvervsevne", hvis hun opfyldte visse betingelser, kunne ikke i sig selv betyde, at forholdet måtte henføres til forsikringsaftalelovens § 6, idet bestemmelsen kun fandt anvendelse, hvis klageren havde "givet urigtig oplysning". Nævnet fandt, at klageren ved oprettelsen af pensionsordningen objektiv set undlod at give selskabet relevante risikooplysninger, idet det fremgik af kommunens afgørelse af 30/11 2020 om "ophør af sygedagpenge - overgang til jobafklaringsforløb", at "afgørelsen betyder, at du har ret til et jobafklaringsforløb, da du fortsat er uarbejdsdygtig på grund af sygdom". Nævnets flertal fandt imidlertid, at selskabet ikke havde bevist, at det kunne tilregnes klageren som groft uagtsomt, at hun i maj 2021 undlod at indsende "Erklæring om erhvervsevne", jf. forsikringsaftalelovens § 7. Selskabet var derfor ikke berettiget til at ophæve erhvervsevnetabsforsikringen med tilbagevirkende kraft fra tegningstidspunktet. Flertallet lagde vægt på, at klageren i maj 2021 på grund af den særlige covid-19 forlængelsesregel med en vis rimelighed kunne antage, at hun ikke var omfattet af pligten til at indsende "Erklæring om erhvervsevne". Flertallet bemærkede, at det fremgik af det kommunale materiale, at klageren ikke havde været i et jobafklaringsforløb, idet hendes sygedagpenge blev forlænget til den 28/2 2021 på grund af de særlige Covid-19 regler, og at klageren herefter blev raskmeldt og startede i arbejde.

Selskabet anfægtede afgørelsen og anførte, at sagen efter selskabets opfattelse skulle bedømmes efter forsikringsaftalelovens § 6.

Ankenævnet for Forsikring

Selskabet har oplyst, at selskabet har opfyldt klagerens krav, efter at der blev afsagt dom i en byretssag mellem et andet forsikringsselskab og dette selskabs forsikringstager. Selskabet har videre oplyst, at selvom det andet selskab ankede til landsretten, ønskede man ikke at lade klageren afvente landsretssagens udfald.

3.2.9. Sag 99431. Erhvervsevnetabsforsikring. Ændring af forsikringsbetingelser. Fleksløntilskud.

Danica.

Klageren blev delvist sygemeldt i 2011 med kronisk sygdom og kom i fleksjob på gammel ordning i 2012. I 2022 fik han nyt fleksjob på ny ordning og anmeldte, at han havde erhvervsevnetab og indtægtsnedgang pr. 1/10 2022. Selskabet anførte, at klagerens indtjening inklusiv fleksløntilskud ikke var nedsat med halvdelen. Ifølge ændringer i forsikringsbetingelserne i 2014 skulle offentlige tilskud ikke medregnes i den aktuelle indtjening ved vurdering af dækningsberettigelsen. Nævnets flertal fandt, at selskabet ikke var berettiget til at gøre gældende, at ændringerne i 2014 ikke gjaldt for klageren, uanset at det fremgik af varslingsbrevet fra november 2013, at de ikke gjaldt, hvis man var i fleksjob. Flertallet lagde vægt på, at selskabet havde uploadet personlige forsikringsbetingelser på klagerens netpension påtrykt hans forsikringsnummer. Det fremgik, at "Du kan her læse præcis hvilke regler, der gælder for din dækning ved tab af erhvervsevne". I disse betingelser var ændringerne fra 2014 indarbejdet. Det fremgik ingen steder på netpension eller i forsikringsbetingelserne, at der på centrale punkter gjaldt et forbehold for fleksjob før 1/1 2014. Selskabet kunne og burde have lagt denne information op, hvis selskabet ønskede at fastholde sit forbehold. Flertallet fandt, at klageren havde fået en berettiget forventning om, at ændringerne i 2014 nu gjaldt for ham.

Selskabet anfægtede afgørelsen og anførte, at nævnets kendelse måtte forstås således, at nævnet fastslog, at aftalegrundlaget var, at 2014-ændringen ikke gjaldt for klager. Selskabet anførte, at spørgsmålet herefter var, "om en i 2022 forfejlet beskrivelse af den gældende aftale skulle forpligte selskabet ud fra synspunktet "skuffede forventninger". Klageren har hverken kunne gøre fra eller til, og har hverken handlet eller indrettet sit liv i forhold til de forkerte oplysninger. Under sådanne omstændigheder skal der normalt bortses fra skuffede forventninger." Selskabet henviste til et telefonnotat fra 10. april 2014 – som dog ikke var fremlagt for nævnet – hvor det fremgik, at klageren gav udtryk for, at han ærgrede sig over ikke at være omfattet af de nye regler, dvs. 2014-ændringen.

Selskabet har oplyst, at klageren efterfølgende anmeldte, at han pr. 1/4 2024 var blevet bevilliget førtidspension. Ved en fejl overså selskabet den ovenfor anførte indtægtsproblemstilling og bevilligede klageren helbredsbedingede ydelser fra og med 1/10 2022.

3.2.10. Sag 101023. Ulykkesforsikring. Fødselsskade. Forældelse. Ulykkesdefinition.

HF Forsikring.

Under en fødsel i 2018, hvor barnet blev forløst ved cup, fik klageren en grad 4 bristning af endetarmens lukkemuskel. Hun anmeldte skaden i 2023. Selskabet afviste dækning primært pga. forældelse og sekundært med, at ulykkesforsikringen ikke dækkede. Selskabet henviste dels til en undtagelse i forsikringsbetingelserne vedr. lægelig behandling, dels til at der i de lægelige akter ikke var oplysninger om en anden pludselig hændelse, der skulle være årsag til ulykken. Nævnet fandt, at klageren, ikke før nævnets kendelser om fødselsskader afsagt den 10/8 2022, burde have kendskab til, at hun kunne have et krav mod sin ulykkesforsikring. Klageren anmeldte sit krav den 6/6 2023, og kravet var ikke forældet ved anmeldelsen til selskabet. Forsikringsbetingelserne indeholdt den gamle definition på et ulykkestilfælde, og nævnet lagde til grund, at

Ankenævnet for Forsikring

selskabet fortolkede sine forsikringsbetingelser i overensstemmelse med den nye ulykkesdefinition, hvorefter en ulykke var en pludselig hændelse, der medførte personskade. Nævnet fandt, at klageren under selve forløsnings af barnet blev udsat for en pludselig hændelse i form af en pludselig, kraftig og relativt kortvarig påvirkning, der medførte en grad 4 bristning af endetarmens lukkemuskel. Nævnet fandt, at forløsning ved cup var en lægelig behandling, og at behandlingen ikke var nødvendiggjort af, at der var sket et ulykkestilfælde. Nævnet bemærkede, at selskabet skulle bevise, at den lægelige behandling var hovedårsag til den opståede skade. Nævnet fandt med henvisning til Patienterstatningens afgørelse, at selskabet ikke med den fornødne sikkerhed havde godtgjort, at anvendelse af cup var hovedårsag til bristningen. Selskabet var derfor ikke berettiget til at afvise klagerens krav med henvisning til følger efter lægelig behandling.

Selskabet anfægtede afgørelsen og henviste til, at klagerens krav var forældet, da klagerens retsvildfarelse ikke kunne medføre suspension af forældelsen. Selskabet anførte herudover, at det over for nævnet havde henvist til aftalegrundlaget, der indeholdt den traditionelle ulykkesdefinition, hvorfor nævnets henvisning til den nye definition forekom vidtgående.

Selskabet anfægtede sagen. Selskabet har oplyst, at sagen er forliget med klageren.

Nævnet har den 11/12 2024 afgjort sag 100933 med en tilsvarende problemstilling for så vidt angår forældelse. Nævnet fandt, at kravet i sag 100933 er forældet. Nævnet lagde vægt på, at den 3-årige forældelsesfrist som udgangspunkt kan regnes fra skadestidspunktet (det vil sige det tidspunkt, hvor bristningen skete), og senest kan regnes fra marts 2020, hvilket er et år efter fødslen, og hvor det med sikkerhed stod klart, at bristningen ville give varigt mén. Idet klageren har anmeldt kravet den 21/9 2023, var kravet på det tidspunkt forældet. Nævnet lagde også vægt på, at klageren kan have været i en retsvildfarelse, og at retsvildfarelse som altovervejende udgangspunkt ikke kan medføre suspension af forældelsesfristen. Nævnet henviste til forarbejderne til forældelseslovgivningen og til sagerne 52.944, 53.567, 56.814, 61.661. Nævnet udtalte, at afgørelsen i sag 101023 ikke kan føre til andet resultat.

3.2.11. Sag 100183. Erhvervsevnetabsforsikring. Midlertidigt/generelt erhvervsevnetab.

Danica.

Klageren blev fuldtidssygemeldt den 12/11 2020 på grund af stress efter flere kortere fuld- og deltidssygemeldinger siden efteråret 2017. Klageren blev opsagt med fratræden pr. 31/5 2021. Klageren led også af søvnapnø. Klageren blev raskmeldt den 21/4 2022 og startede med at arbejde som selvstændig. Sideløbende hermed var han jobsøgende. Klageren blev sygemeldt igen den 2/8 2022, atter raskmeldt pr. 15/9 2023, og pr. 1/12 2023 blev han ansat i en virksomhed inden for egen branche. Selskabet ydede midlertidig dækning fra 12/2 2021 til 21/4 2022, hvor udbetalingen stoppede med klagerens raskmelding. Selskabet overgik i forbindelse med klagerens sygemelding den 2/8 2022 til en vurdering af klagerens generelle erhvervsevne. Selskabet vurderede, at klagerens generelle erhvervsevne ikke var nedsat med halvdelen. Klageren ønskede dækning fra 2/8 2022 til 15/9 2023. Nævnet fandt, at selskabet ikke havde været berettiget til at overgå til en vurdering af klagerens generelle erhvervsevne pr. 2/8 2022. Selskabet skulle yde dækning på midlertidigt grundlag fra 2/8 2022 til 15/9 2023. Nævnet lagde vægt på, at klageren efter sin raskmelding i april 2022 var startet for hårdt op, og at dette havde medført et tilbagefald i forhold til klagerens stresssygdom.

Selskabet anfægtede afgørelsen. Selskabet har oplyst, at afgørelsen vil blive opfyldt i forhold til klager.

Ankenævnet for Forsikring

3.2.12. Sag 100560. Hus- og indboforsikring. Brand. Grov uagtsomhed.

Alm. Brand.

Klagerens ejendom brændte den 29/1 2022. Klageren blev den 2/2 2022 sigtet efter beredskabslovens § 71, nr. 1, ved at have undladt at udvise tilbørlig forsigtighed med ild, idet han i forbindelse med påbrænding af tagpap satte ild på bygningen. Den 3/5 2023 blev sigtelsen frafaldet, idet det ikke kunne bevises ved en domstol, at klageren var skyldig. Selskabet foretog nedskrivning i erstatningen på bygnings- og indboscader med 5 % med henvisning til, at klageren havde fremkaldt skaden ved grov uagtsomhed. Klageren forklarede, at der den 29/1 2022 blev udstedt stormvarsel, og at han ville brænde ekstra tagpap på taget for at forhindre stormskade senere på dagen. Klageren anførte, at han var færdig kl. 9.15 på vestsiden af huset, hvor branden opstod, at han udførte arbejde på østsiden (læsidens) kl. 10.00-10.45, at middelvinden frem til kl. 10.00 var mellem 6 og 7,3, at der ifølge Beredskabsstyrelsen skulle tages udgangspunkt i middelvinden, og at det ikke var uforsvarligt at arbejde med vindhastigheder på 6-7,3. Selskabet anførte, at klagerens undladelse af at overholde brandvagt havde indebåret en så indlysende fare for den indtrådte skade, at det måtte betragtes som grov uagtsomhed. Selskabet anførte, at der ved vejrforhold som på skadedagen skulle være brandvagt i mere end en time, at idet arbejdet var opstartet mellem kl. 10.00 og 11.00. Branden blev anmeldt kl. 11.59, og klageren kunne ikke have overholdt brandvagten og opretholdt opsyn i tilfælde af brand. Selskabet anførte, at de nærmeste vindmålinger foretaget i en nærliggende kommune viste vindstød på 14,6-15,9 m/s, at det måtte anses som alment kendt for en tagdækker at arbejde, der blev udført i vejrforhold med hård vind, indebar en forøget brandfare og brandspredning, og at klagerens mange års erfaring som tagdækker var en skærpet omstændighed ved bedømmelsen af grov uagtsomhed. Nævnet fandt, at selskabet ikke havde bevist, at der var en så indlysende fare for den skete skade, at klageren havde fremkaldt forsikringsbegivenheden ved grov uagtsomhed.

Selskabet anfægtede afgørelsen og anførte, at klageren havde givet vekslende forklaringer, specielt om tidspunkterne for arbejdets udførelse, og at det fremlagte billedmateriale/videoen understøttede, at klageren havde handlet groft uagtsomt. Selskabet har oplyst, at sagen er afsluttet og afregnet i henhold til nævnets afgørelse med betaling af 361.926,57 kr. til klageren og 20.200 kr. til dækning af advokatomkostninger.

3.2.13. Sag 101602. Hesteforsikring. Bevis for, at halthed skyldtes traumatisk forvoldte skader.

Agria.

Klageren tegnede 21/9 2020 Racing sygeforsikring for en hest. Den 30/6 2023 søgte klageren om dækning af udgifter til dyrlægebehandling i forbindelse med, at hesten var blevet halt på højre forben. Selskabet afviste at dække behandlingsudgifterne med henvisning til, at det ikke var bevist, at der var tale om en dækningsberettigende skade. Klageren anførte, at hesten havde to dækningsberettigende skader, dels en akut skade på hovbenet, dels halthed som følge af griffelbensbrud/overben i forbindelse med griffelbensbrud. Klageren anførte, at to dyrlæger havde vurderet, at der var akutte traumer i knoglestrukturen. Nævnet fandt, at selskabet skulle indhente en vurdering fra en uvildig dyrlæge, som parterne i fællesskab udpegede, og som selskabet skulle betale for. Nævnet lagde vægt på, at dyrlæge i notat af 21/3 2024 på baggrund af røntgenbilleder vurderede, at "'overbensdannelsen' er opstået på baggrund af en akut hændelse (m.a.o. et traumatisk/patologisk overben)". Dyrlægen vurderede, at "Placeringen, og formen af 'overbenet' samt det faktum at der er et ikke fusioneret ossøst fragment i 'overbensdannelsen' gør at vurderes som værende af traumatisk oprindelse og ikke et fysiologisk 'overben'".

Ankenævnet for Forsikring

Selskabet anfægtede afgørelsen og oplyste, at selskabet pr. kulance har betalte erstatning til klageren.

3.3. Anfægtede sager. Klageren opgav sagen uden at indbringe den for retten i 2024.

I 2024 var der 2 anfægtede sager, hvor det må lægges til grund, at sagen ikke fortsattes.

3.3.1. Sag 99330. Ulykkesforsikring. Fødselsskade.

Tryg.

Klageren fik gener fra halebenet efter en fødsel. Forløsning fandt sted ved brug af håndgreb pga. komplicerede arme. Klagerens ulykkesforsikring dækker en pludselig hændelse, der forårsager personskade. Selskabet afviste at yde dækning med henvisning til, at der ikke var dokumenteret en pludselig hændelse under fødslen, og at der var manglende bro- og strakssymptomer. Gener fra halebenet var første gang beskrevet i lægejournalen den 19/9 2022, hvilket var 4 måneder efter fødslen. Selskabet anførte, at forsikringen ikke dækkede følger af lægelig behandling, der ikke var nødvendiggjort af et ulykkestilfælde. Nævnets flertal fandt, at klagerens haleben under fødslen var blevet udsat for et pludseligt, stort og kortvarigt tryk således, at hun under fødslen havde været udsat for en pludselig initialpåvirkning. Flertallet fandt, at forløsning ved håndgreb ikke kunne betragtes som lægelig behandling i forsikringsbetingelsernes forstand. Flertallet fandt, at klageren havde sandsynliggjort, at generne var forårsaget af fødslen og lagde bl.a. vægt på egen læges oplysning om, at de fleste ville være ømme efter en fødsel, og at det patologiske først var, når det fortsatte udover 3 måneder, således som det var tilfældet hos klageren.

Selskabet anfægtede afgørelsen og anførte, at der ikke var ført dokumentation for en pludselig hændelse, og at der ikke var ført dokumentation for strakssymptomer i tidsnær tilknytning til fødslen. Det er selskabets opfattelse, at håndgrebet var lægelig behandling, jf. sag 65334. Selskabet har oplyst, at klageren ikke har forfulgt sagen yderligere.

3.3.2. Sag 99711. Sygeforsikring. Urigtige risikoplysninger. Acceptregler.

Sygeforsikringen danmark.

Klageren søgte om Basis-Sygeforsikring og havde bemærkning til sit helbred om en anelse forhøjet kolesterol. Selskabet bad om aktuelle kolesteroltal og afviste på den baggrund at tegne forsikringen. Klageren anførte, at forhøjet kolesterol ikke var en sygdom, at han var fuldstændig rask, og at han ikke fik medicin mod forhøjet kolesterol. Selskabet anførte, at kolesteroltal var relevante helbredsoplysninger, som selskabet var berettiget til at inddrage og lægge til grund i risikovurderingen af klagerens helbred, uagtet at klageren ikke lægeligt var syg eller havde fået en diagnose. Forhøjede kolesteroltal kunne medføre en øget risiko for udvikling af åreforkalkning samt dannelsen af blodpropper. Selskabet anførte, at klageren ikke var fuldstændig rask på optagelsestidspunktet, da en sådan risiko ikke forelå for en fuldstændig rask person, hvorfor klageren ikke opfyldte selskabets optagelseskriterier i de generelle forsikringsbetingelsers § 1.3.1. Nævnets flertal fandt, at selskabets afvisning af at tegne Basis-Sygeforsikring ikke var i overensstemmelse med selskabets acceptregler i forsikringsbetingelsers § 1.3.1. Nævnets flertal fandt, at det ikke var bevist, at klageren ikke var fuldstændig rask i optagelsesøjeblikket, og at selskabet påtog sig en forøget risiko for dækning af medicin eller af andre behandlingsudgifter. Selskabet skulle derfor tegne Basis-Sygeforsikring fra ansøgningstidspunktet.

Ankenævnet for Forsikring

Selskabet anfægtede afgørelsen og anførte, at der ikke er kontraheringspligt for et forsikringselskab i relation til tegning af frivillige forsikringer. Der var efter selskabets opfattelse ikke noget retligt grundlag for at pålægge selskabet at tegne forsikringen. Selskabet har oplyst, at klageren ikke har forfulgt sagen yderligere.

4. Domme og indenretlige forlig i afviste sager.

Nævnet har kendskab til 4 sager, der efter indbringelse for retten, efter at nævnet afviste at afgøre sagen på grund af usikkerheden om den bevismæssige bedømmelse af sagen. Klageren og selskabet indgik forlig i en sag. Selskabet blev frifundet ved domstolene i 3 sager.

4.1. Sag 94644. Erhvervsevnetab.

AP Pension.

Klageren blev sygemeldt i 2000 på grund af svære allergiske symptomer med Quinckesødem og astma. Klageren fik konstateret nældefeber og KOL. Hun blev tilkendt førtidspension i 2001. Selskabet ydede dækning frem til 1/7 2017, hvor selskabet vurderede, at klagerens erhvervsevne ikke var nedsat med 50 %. Selskabet anførte, at den tidligere bevilling var sket på baggrund af en for lempelig vurdering, hvorfor det fortsat var klageren, som havde bevisbyrde for, at hun havde et dækningsberettigende erhvervsevnetab. Selskabet anførte, at nyere lægelige vurderinger ikke kunne påvise allergier udover husstøvmider, og at der derfor ikke var belæg for Quinckesødem, angioødem eller fødevareallergi. Selskabet anførte, at klagerens KOL havde været stabil siden 2015/2016. Selskabet anførte, at klagerens symptomer var forbedret siden 2004, idet klageren efter at være gået i overgangsalderen havde haft langt færre gener. Nævnet fandt, at det var selskabet, som havde bevisbyrden for, at der var indtrådt en helbredsmæssig forbedring, idet selskabet havde ydet dækning i 17 år. Nævnet fandt, at det havde været ønskeligt, om selskabet havde fremlagt aktuelle lægefaglige kliniske undersøgelser, der belyste klagerens helbredsgener, funktionsniveau mv. Nævnet fandt, at det ikke var muligt at vurdere, hvem der havde ret ud fra de oplysninger, der var i sagen. Det fulgte af vedtægternes § 4, stk. 3, nr. 3, at nævnet herefter måtte afvise at afgøre sagen.

Klageren indbragte sagen for Københavns Byret. Af retsbogsudskrift fremgår det, at parterne indgik forlig. Af forligsteksten fremgår bl.a.:

"Til fuld og endelig afgørelse af den ved Københavns Byret anlagte sag vedrørende sagsøgers krav om udbetaling af erhvervsevnetabsydelse og indbetalings sikring/præmie fritagelse har parterne aftalt følgende:

Sagsøger får løbende erhvervsevnetabsydelse og fritagelse for indbetaling fra den 1. juli 2017 og fremover.

Udbetalinger og fritagelse for indbetaling udgør 80 % af den aftalte udbetaling, svarende til kr. 280.348,80 kr. om året i udbetaling og fritagelse for indbetaling svarende til 80% af den hidtidige fritagelse for indbetaling.

Sagsøgte er tidligst berettiget til at foretage sædvanlig opfølgning 5 år fra forligets indgåelse.

Forliget bortfalder, hvis der sker væsentlige ændringer i sagsøgers helbredstilstand, erhvervsevne eller indtægtsforhold (alle former for indtægter fra det offentlige samt indtægter, der er relateret til en personlig arbejdsindsats). Sagsøger er forpligtet til at give sagsøgte besked, hvis der sker sådanne ændringer.

Ankenævnet for Forsikring

Betalt præmie på i alt kr. kr. 136.971 tilbagebetales til sagsøger.

Forfaldne beløb forrentes efter forsikringsaftalelovens § 24, således at hver enkelte efterbetalte ydelse forrentes fra forfaldsdato."

Parterne har anmodet retten om at træffe afgørelse om sagens omkostninger.

Retten bestemte, at AP Pension Livsforsikringsaktieselskab inden 14 dage skal betale 125.000 kr. i sagsomkostninger til [klageren]

AP Pension Livsforsikringsaktieselskab skal endvidere inden 14 dage betale 1.500 kr. til statskassen til dækning af udgiften til retsafgift.

Retten fastsatte sagsomkostningerne efter sagens værdi, forløb og udfald med 150.000 kr. til dækning af advokatudgift. Retten har herved lagt vægt på, at sagens værdi ved sagens anlæg er angivet til 4.260.350 kr., at der er afgivet stævning, svarskrift og replik, og at sagen har været forelagt for Retslægerådet.

Retten fastsatte salæret til de for beskikkede advokater til i alt 120.000 kr. + moms, som afholdes af sagsøgers retshjælpsforsikringsselskab.

Retten bemærkede, at sagsøger under sagen har skiftet fra en advokat til en anden advokat fra samme advokatkontor, da den første advokat ophørte sin ansættelse på kontoret. Retten har ved salærfastsættelsen ikke taget stilling til en eventuel indbyrdes fordeling af salæret mellem advokaterne."

4.2. Sag 96916. Erhvervsevnetab. Observation.

Danica.

Klageren har en kronisk smertetilstand. Han blev sygemeldt i april 2012 og blev tilkendt offentlig førtidspension pr. 1/2 2018. Selskabet har ydet dækning ved tab af erhvervsevne samt præmiefritagelse fra 2/7 2012 til 1/1 2021. Efter observationer over 15 dage standsede selskabet ydelserne og ophævede erhvervsevnetabforsikringen. Klageren var observeret ubesværet gå lange ture, køre længere ture i bil og foretage indkøb, hvor han løftede varer ud af bilen og op ad trappen. Nævnet fandt, at observationsmaterialet dokumenterede, at klagerens generelle erhvervsevne var væsentlig bedre, end han havde oplyst til selskabet. Nævnet fandt, at observationsmaterialet og sagens øvrige bilag ikke i sig selv gav nævnet et fornødent faktisk grundlag for at afgøre, hvor mange timer klageren reelt måtte antages at kunne arbejde. Nævnet bemærkede, at observationsmaterialet alene viste klageren i dagligdags situationer. Nævnet fandt, at sagen ikke kunne afgøres på skriftligt grundlag, men måtte afgøres af domstolene, hvor der var mulighed for parts- og vidneafhøringer, og hvor der også kunne være mulighed for at få foretaget yderligere relevante lægelige undersøgelser af klageren samt vurderinger af hans arbejdsevne og behov for skånehensyn.

Klageren indbragte sagen for Retten i Lyngby. Byretten frifandt den 18/12 2024 selskabet efter der bl.a. var indhentet en udtalelse fra Retslægerådet. Af dommen fremgår bl.a.:

"Rettens begrundelse og resultat

Ankenævnet for Forsikring

[Klageren] har siden den 2. juli 2012 fra Danica modtaget månedlige udbetalinger og præmiefritagelse fra erhvervsevnetabsforsikringen hos Danica. Danica ophævede erhvervsevnetabsforsikringen med virkning fra den 1. januar 2021.

Spørgsmålet under denne sag er, om [klageren] har afgivet urigtige oplysninger om omfanget af nedsættelsen af sin erhvervsevne til Danica i forbindelse med Danicas stillingtagen til, om [klageren] fortsat var berettiget til erhvervsevnetabsydelse og præmiefritagelse af en sådan karakter, at Danica har været berettiget til at ophæve erhvervsevnetabsforsikringen og retten til præmiefritagelse.

Herom bemærker retten:

Det fremgår af forsikringsaftalen, at [klageren] ved en nedsættelse af erhvervsevnen til mindst halvdelen som følge af sygdom eller ulykke er berettiget til en årlig erhvervsevnetabsydelse på 40 % af hans forhenværende løn.

I Danicas bevillingsbrev af 3. juli 2012 og i efterfølgende bevillingsbreve blev [klageren] orienteret om, at han var forpligtet til straks at meddele det til Danica, såfremt hans erhvervsevne eller tilknytning til arbejdsmarkedet ændrede sig.

Danica har løbende anmodet [klageren] om at udfylde spørgeskemaer om sin erhvervsevne mv., herunder i juni 2017 og januar 2020. [klageren] har senest den 2. juni 2020 – på tro og love – besvaret en række spørgsmål fra Danica omhandlende sin funktionsevne i hverdagen og sin økonomiske situation.

Danica påbegyndte observation af [klageren] den 25. august 2020. Der er under sagen sket dokumentation af observationsrapporter omhandlende observationer over i alt 15 dage, henholdsvis den 25. og 26. august 2020, den 21., 22., 23. og 24. september 2020, den 6., 7., 8., 13., 14 og 15. oktober 2020 samt den 3., 4. og 5. november 2020. Retten har endvidere fået forevist videoklip fra hovedparten af observationerne. [klageren] bestrider ikke indholdet af observationsrapporterne og de afspillede videoklip.

På videoklippene ses bl.a., at [klageren] flere dage i træk gik ture i rask tempo rundt om en sø tæt på sin bopæl. Gåturene var ca. 6,3 km. På videoklippene ses også, at [klageren] ubesværet var i stand til at køre i bil og at [klageren] havde fri bevægelighed, når han satte sig ind på bilens førersæde og når han stod ud af bilen. Det ses videre, at [klageren] ubesværet åbnede og lukkede døren til bilens bagagerum. Af videooptagelserne fremgår yderligere, at [klageren] hyppigt foretog indkøb i supermarkeder, herunder storindkøb af tunge varer; i ét tilfælde bl.a. indkøb af 10 l kakaomælk, i et andet tilfælde bl.a. indkøb af 27 x ½ l sodavand og i et tredje tilfælde bl.a. indkøb af 14 flasker 1.250 ml. flydende vaskemiddel. Det fremgår desuden, at [klageren] ubesværet og uden bevægeindskrænkelser bar de indkøbte varer op i sin og ægtefællens lejlighed, som er beliggende på 1. sal - og i de fleste tilfælde uden at gøre brug af gelænder. Endelig fremgår det, at [klageren] flere gange kørte længere ture i sin bil. Gennemgående fremgår det af videoklippene, at [klageren] ikke fremstår med synlige bevægeindskrænkelser eller synlige smertetrækninger.

Retslægerådet har i spørgsmål 3 udtalt, at diskrepans mellem observeret og angivet funktion kan afgøres uden lægefaglig bistand.

Ankenævnet for Forsikring

Retten finder, at der er betydelige uoverensstemmelser mellem på den ene side det funktionsniveau, som [klageren] har oplyst at kunne magte, jf. bl.a. spørgeskemaet udfyldt den 2. juni 2020, og de oplysninger, som fremgår af den lægelige udredning af [klageren], og på den anden side Danicas observationer omhandlende perioden fra ultimo august 2020 til primo november 2020.

På denne baggrund finder retten, at [klageren] har afgivet urigtige oplysninger om omfanget af nedsættelsen af sin erhvervsevne til Danica og [klageren] har ikke godtgjort, at hans erhvervsevne var nedsat med mindre end halvdelen. Det forhold, at [klageren] i 2018 af kommunen blev tilkendt førtidspension ændrer ikke herved. Heller ikke [klagerens] forklaring for retten ændrer herpå. Den af speciallæge A den 15. maj 2023 udarbejdede lægeerklæring kan heller ikke føre til en ændret vurdering. Retten bemærker i den forbindelse, at speciallæge A ikke har fået forevist Danicas observationsmateriale.

Danica var derfor berettiget til at ophæve forsikringen. Retten tager derfor Danicas frifindelsespåstand til følge.

Sagsomkostninger

Sagens værdi er opgjort til 1.872.142 kr.

[Klageren] har retshjælpsdækning hos ... Forsikring A/S med et dækningsmaksimum på 200.000 kr. Civilstyrelsen har den 28. oktober 2024 givet [klageren] fri proces til under retssagen mod Danica Pension, Livsforsikringsaktieselskab at nedlægge følgende påstand:

"Sagsøgte tilpligtes at anerkende, at [klagerens] generelle erhvervsevne er nedsat i dækningsberettiget omfang, og at han fortsat er berettiget til at modtage udbetalinger fra den tegnede erhvervsevnetabsforsikring fra den 1. januar 2021 og så længe betingelserne er opfyldte, og at udbetalingerne fra den 1. januar 2021 med tillæg af renter samt præmiefritagelse dermed genoptages."

Civilstyrelsen bemærkede samtidig, at der var forsikringsdækning hos ... Forsikring A/S og at forsikrings-selskabet har meddelt dækningstilsagn på 200.000 kr.

[Klagerens] beskikkede advokat har afholdt udgift på 10.000 kr. til speciallæge A.

Herefter bemærker retten:

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 180.000 kr. Danica Pension, Livsforsikringsaktieselskab er ikke momsregistreret. Det er indgået i vurderingen, at hovedforhandlingen har været afviklet over knapt 1½ retsdag og at sagen har været forelagt for Retslægerådet. [Klagerens] forsikrings-selskab ... Forsikring, subsidiært statskassen, afholder endeligt udgiften til speciallæge A."

4.3. Sag 97955. Indboforsikring. Bevis for tyveri af ur og mobiltelefon.

Gjensidige.

Klageren anmeldte, at han natten til den 5/9 2021 fik stjålet et Rolex ur og en telefon under en taxatur i en østeuropæisk by. Han anførte, at nogen måtte have givet ham stoffer, idet han faldt i søvn i taxaen og 1,5 time senere blev vækket og smidt ud af taxaen, hvorefter han opdagede, at uret og telefonen var væk. Selskabet afviste dækning med henvisning til, at klageren ikke havde sandsynliggjort, at han havde mistet uret

Ankenævnet for Forsikring

og telefonen ved en dækningsberettigende forsikringsbegivenhed. Selskabet anførte, at klageren med sin forklaring om hændelsesforløbet ikke havde sandsynliggjort, hvordan og hvornår han ufrivilligt skulle have indtaget et stof, som havde bedøvet ham, at det forekom bemærkelsesværdigt, at taxaen havde kørt rundt med klageren 1,5 time, hvis formålet med at bedøve og køre rundt med klageren alene havde været at berøve ham- Det var ligeledes bemærkelsesværdigt, at klageren var blevet sat af ved en park, der var kendt som et sted, hvor der blev handlet med stoffer – og at det var groft uagtsomt, hvis klageren havde været udsat for et tyveri under indtagelse/påvirkning af narkotisk stof. Nævnet fandt, at det på skriftligt grundlag ikke var muligt at vurdere, hvem der havde ret ud fra de oplysninger, der var i sagen. Det ville kræve en bevisførelse, der ikke kunne ske for nævnet. Det fulgte af nævnets vedtægter § 4, stk. 3, nr. 3, at nævnet derfor måtte afvise at afgøre sagen.

Klageren indbragte sagen for Retten på Frederiksberg. Byretten frifandt den 28/5 2024 selskabet. Af dommen fremgår bl.a.:

"Rettsens begrundelse og resultat

Det påhviler i første række [klageren] som minimum at sandsynliggøre, at det omhandlede Rolex-ur er forsvundet i [by], som anført af ham, under omstændigheder, der berettiger ham til dækning under forsikringen.

Efter [klagerens] egen forklaring kan det imidlertid lægges til grund, at han reelt ikke ved, hvordan han mistede uret, men at hans bedste bud er, at det er sket i forbindelse med, at han, på en for ham ukendt måde, er blevet "drugged" den omhandlede aften, hvor han og hans ven ... tog i byen i ...

Der kan dog – allerede efter [klagerens] egen forklaring og ... forklaring – ses bort fra muligheden af, at [klageren] kan være blevet "drugged" i den taxa, som han og ... prajede for at komme hjem til deres hotel efter at have været på bar.

En "drugging" skal altså i givet fald være foregået tidligere på aftenen, men hverken [klagerens] egen forklaring eller ... forklaring har indeholdt noget bud på, hvornår og hvordan dette i givet fald kan være sket.

... har i øvrigt forklaret, at der på det tidspunkt, hvor han forlod taxaen ved hotellet for at hæve penge, intet påfaldende var ved [klagerens], mens [klageren] selv har forklaret, at han umiddelbart herefter – og da taxaen mod hans vilje kørte videre – kom i den pågældende, usædvanlige tilstand og mistede bevidstheden.

Efter både [klagerens] egen forklaring og ... forklaring blev den pågældende taxa prajet af dem tilfældigt, rundt om hjørnet fra den bar, de var på, og det er derfor ikke sandsynligt, at taxachaufføren stod i ledtog med nogen, der kunne stå bag en "drugging" inde på baren.

Dermed savnes der også en plausibel forklaring på, hvorfor taxachaufføren skulle vælge at køre videre med [klageren], mod hans vilje, efter i øvrigt at have krævet, at ... steg ud for at hæve penge som betaling for turen.

Ankenævnet for Forsikring

Selv om det muligvis er forståeligt, at [klageren] ikke umiddelbart søgte lægehjælp og lod sig undersøge for "drugging" i [by], foreligger der ikke nogen forklaring på, hvorfor han ikke lod sig undersøge, så hurtigt som muligt, da han var kommet hjem til Danmark, dagen efter episoden.

Uanset, hvad baggrunden herfor måtte være, er konsekvensen imidlertid, at [klageren] ikke har bevist, at han blev udsat for "drugging", og at Rolex uret i den forbindelse blev frarøvet ham.

Det bemærkes herved i øvrigt, at det kan konstateres, at [klageren] indgav en politianmeldelse i [by], men da sagens bilag 2, som angiveligt er politirapporten herom, ikke er oversat til dansk, er der ingen nærmere oplysninger om, hvorledes politiet i [by] har opfattet anmeldelsen, og nedfældet detaljerne i den, og heller ikke om, hvad de måtte have foretaget sig eller eventuelt have vejledt [klageren] om.

Det bemærkes endvidere, at ... har forklaret, at han ikke var særligt optaget af at finde ud af, hvorfor taxaen og [klageren] var forsvundet, da han kom tilbage efter at have hævet penge.

... har i tilknytning hertil forklaret, at han – baseret på sin erfaring fra tidligere rejser med [klageren] – ikke mente, at der var grund til bekymring, og at [klageren] er en voksen mand og ikke et barn, og at [klageren] i øvrigt var i en upåfaldende tilstand på det pågældende tidspunkt.

Der foreligger i øvrigt heller ingen dokumentation for forsøg på telefonopkald eller sms-beskeder fra ... til [klageren] den pågældende nat.

... har desuden forklaret, at han sov, og heller ikke tog videre notits af det, da [klageren] returnerede til hotelværelset flere timer senere, efter angiveligt at være blevet "drugged" og frarøvet sit kostbare ur, der i øvrigt også havde affektionsværdi, og sin iPhone. Når ... forklaring bedømmes i sin helhed understøtter den således ikke, at [klageren] blev udsat for "drugging", og den understøtter reelt heller ikke, at [klageren] på anden vis mistede sit Rolex-ur som følge af en kriminel handling, uden i øvrigt selv at have udvist grov uagtsomhed.

Efter en samlet vurdering er der herefter ikke noget tilstrækkeligt sikkert grundlag for at fastslå, hvordan [klageren] mest sandsynligt mistede sit ur, og dermed har [klageren] heller ikke sandsynliggjort, at dette er sket under omstændigheder, der berettiger ham til dækning under forsikringen.

Retten tager derfor Gjensidige Forsikrings frifindelsespåstand til følge.

[klageren] skal betale sagsomkostninger til Gjensidige Forsikring med 20.000,00 kr. Beløbet omfatter udgifter til advokatbistand og retten har ved fastsættelsen af beløbet lagt vægt på sagens værdi, karakter, omfang og varighed.

4.4. Sag 99182. Indboforsikring. Klausul om tilslutning til alarmcentral. Sikkerhedsforskrift.

Thisted Forsikring.

Klagerens police var påført en klausul, hvor det fremgik, at "Det er en betingelse for tyveridækning at følgende sikringskrav er opfyldt: ... Der skal være alarmoverførsel til godkendt alarmcentral... Reaktion ved

Ankenævnet for Forsikring

alarm – minimumskrav: 1. Ved alarm fra indbrudsalarmanlægget skal sikrede/eller dennes stedfortræder tilkaldes. 2. Den samlede reaktionstid fra alarmafgivelse til lokal alarmfrakobling eller tilsvarende må højst være 35 minutter". Klagerens alarm blev den 5/2 2021 sat midlertidigt ud af drift ved klagerens alarmselskab. Den 22/12 2021 tilkoblede klageren alarmerne, inden han tog på ferie. Den 26/12 2021 kl. 22.38 blev alarmerne på husets førstesal aktiveret i forbindelse med indbrud. Kl. 23.48 blev også sikkerhedsboksens sabotagealarm aktiveret. Alarmerne blev ikke sendt videre til kontrolcentralen. Selskabet afviste at dække de stjålne genstande i klagerens sikkerhedsboks med henvisning til, at der på skadestidspunktet ikke var tilkoblet en alarm med overførsel til godkendt alarmcentral. Klageren anførte, at han ikke var bekendt med, at tyverialarmen var blevet sat ud af drift, at han var af den opfattelse, at han havde aftalt med alarmselskabet, at det alene var oversvømmelsesalarmerne, som var sat ud af drift, og at der ikke var årsagssammenhæng mellem overtrædelsen af sikkerhedsforskriften og tyveriet af genstandene i sikkerhedsboksen, idet tyvene blot kunne have fortsat indbruddet, efter vagten var gået igen. Selskabet anførte, at klageren har tilsidesat kravene til alarm og tilkald, og at dette var sket ved forsømmelse fra klagerens side, idet klageren har aftalt med alarmselskabet, at tyverialarmen skulle sættes ud af drift. Nævnet fandt, at det ikke var muligt at vurdere, hvem der havde ret ud fra de oplysninger, der var i sagen. Det ville kræve en bevisførelse, der ikke kunne ske for nævnet. Det fulgte af vedtægternes § 4, stk. 1, at nævnet derfor måtte afvise sagen.

Klageren indbragte sagen for Retten i Holstebro. Byretten frifandt den 26/6 2024 selskabet. Af dommen fremgår bl.a.:

"Retten's begrundelse og resultat

Efter det dokumenterede forløb med løsesretaksator B's udarbejdede risikovurdering af 2. november 2013 samt forklaring om mødet med A i forbindelse med dennes ønske om forhøjelse af forsikringssummen, sammenholdt med ordlyden af forsikringspolice for FamiliePlus forsikring, finder retten det bevist, at kravet om elektronisk alarmovervågning af de rum, hvor der er tyvetækkelige genstande og/eller særligt private værdigenstande som en betingelse for at opnå tyveridækning, er et pålæg om forholdsregler til iagttagelse, jf. forsikringsaftalelovens § 51, stk. 1. Retten har herved tillagt det betydning, at forsikringssummen navnlig blev forhøjet på baggrund af værdien af de ure, der befandt sig i sikringsboksen i soveværelset. På tilsvarende vis er det en betingelse for tyveridækning, at der skal være alarmoverførsel til godkendt alarmcentral, og at den samlede reaktionstid til lokal alarmfrakobling eller tilsvarende højst må være 35 minutter.

Som det fremgår af alarmloggen, blev indbruddet registreret den 26. december 2021 kl. 22.38, og sikringsboksens alarm ved rystesensor blev registreret samme dag kl. 23.48.

Efter en vandskade i januar 2021 blev alarmsystemet passiveret, således at alarmer blev registreret i systemet, men ikke videresendt til håndtering i alarmcentralen. Efter forklaringerne fra D, E og C findes det godtgjort, at permanent passivering af alarmsystemet som sket har fundet sted efter godkendelse fra A, og at denne er blevet informeret om at sørge for dets reaktivering med tilkobling til alarmcentral efter udbedring af skade eller reovering. Det findes ligeledes bevist, at A kun meget sjældent aktiverede alarmsystemet, og at det på grund af forsømmelse hos A ikke var reaktiveret med tilkobling til alarmcentral, da han den 22. december 2021 rejste på ferie. Efter de nævnte forklaringer kan det i den forbindelse ikke tillægges betydning, at A har anført at være af den opfattelse, at det kun var oversvømmelsesalarmerne, der var deaktiveret.

Ankenævnet for Forsikring

Efter de ovenfor anførte omstændigheder, navnlig om den tidsmæssige udstrækning af indbruddet, herunder at rystesikringen på sikkerhedsboksen i soveværelset først blev aktiveret efter mere end en time, har A ikke godtgjort, at tyveriet af de omhandlede genstande i sikkerhedsboksen, som Forsikringselskab1 har afvist dækning af, ikke skyldes overtrædelse af de fastsatte sikkerhedsforskrifter, jf. forsikringsaftalelovens § 51, stk. 1. Som følge heraf tages Forsikringselskab1 frifindelsespåstand til følge.

Efter udfaldet af sagen skal A betale sagsomkostninger til Forsikringselskab1. Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 56.000 kr., og af øvrige udgifter med 691,30 kr., i alt 56.691,30 kr."

5. Domme og indenretlige forlig i sager, hvor klageren ikke fik medhold i nævnet.

Nævnet har kendskab til 10 sager, der efter indbringelse for retten enten er forligt eller afgjort af domstolene, efter at nævnet gav selskabet medhold.

I 8 af de 10 sager blev selskabet frifundet. I sagen omtalt under pkt. 5.7. indgik selskabet og klageren forlig efter indenretligt syn og skøn, der bl.a. vedrørte spørgsmålet, om selskabets skimmelafrensning af løsøre havde den fornødne kvalitet. I sagen omtalt under pkt. 5.10 indgik parterne forlig, efter der var afsagt dom i byretten.

I sagen, der er omtalt under pkt. 5.2. havde selskabet i byretssagen nedlagt en ny selvstændig påstand om, at klageren skulle tilbagebetale ydelser. Klageren blev frifundet for denne påstand. Sagen for nævnet vedrørte ikke tilbagebetalingskravet.

5.1. Sag 91250. Erhvervsevnetab. Observation.

Skandia.

Klageren var utilfreds med selskabets afslag på at yde dækning for tab af erhvervsevne efter 1/3 2016. Selskabet havde ydet dækning siden den 1/9 2003, efter at klageren havde fået en piskesmældslæsion i et trafikuheld. Hun var efterfølgende impliceret i flere uheld, og hun blev revalideret og ansat i fleksjob, hvor hun arbejdede med undervisning 9 timer om ugen. Selskabet foretog observationer og indhentede oplysninger fra internettet. Selskabet vurderede, at klagerens aktivitetsniveau stred mod oplysningerne om de gener, som hun havde angivet i et funktionskema. Nævnet fandt, at der ikke var grundlag for at pålægge selskabet at yde dækning efter den 1/3 2016.

Klageren indbragte sagen for Københavns Byret. Byretten frifandt den 22/2 2024 selskabet, efter der bl.a. var indhentet en udtalelse fra Retslægerådet. Af dommen fremgår bl.a.:

"Rettens begrundelse og resultat

FT er i henhold til en tegnet erhvervsevnetabsforsikring hos FS berettiget til udbetaling af ydelser og præmiefritagelse, hvis hendes generelle erhvervsevne er nedsat med 50 % eller mere som følge af sygdom eller ulykkestilfælde. Hun blev i 2002 impliceret i et trafikuheld, og FS har fra den 1. september 2003 ydet dækning under forsikringen for tab af erhvervsevne. I 2005 og på ny i 2015 var FT involveret i yderligere trafikuheld. FS stoppede dækningen for tab af erhvervsevne pr. 1. marts 2016, og sagen angår, om FT har bevist, at hendes generelle erhvervsevne efter den 1. marts 2016 har været nedsat med mindst 50 %,

Ankenævnet for Forsikring

således, at hun fortsat opfylder betingelserne for ydelsesudbetaling og præmiefritagelse efter dette tidspunkt.

FT har i et funktionsskema af 24. juni 2016, der blev udfyldt til brug for FS's vurdering af hendes erhvervs-evnetab, oplyst bl.a., at det afhænger af hendes tilstand på dagen, om og i hvor høj grad hun er i stand til at gå, sidde og stå. Hun kan kun i begrænset omfang bøje sig bagover, da hun er stiv i lænden og bliver svimmel og utilpas, hvis hun forsøger at lægge nakken bagover, ligesom hun kun i kortere tid kan sidde på hug og ligge på knæ. På gode dage kan hun strække armene over skulderhøjde forsigtigt og uden belastning. Hun har angivet, at hun kan løfte 2 kg med venstre arm og 4 kg med højre. Det er videre anført, at hun har problemer med udholdenhed, idet hun får smerter i ryg, ben og arme samt smerteanfald med hovedpine. Hun er desuden følsom over for lys og støj og får kvalme, svimmelhed og ubehag, hvis der er samlet mange mennesker.

Af en speciallægeerklæring af 2. august 2016 fra ... fremgår bl.a., at FT har periodevis nedsat kraft i højre arm og ben, at hun udtrættes hurtigt, samt at hun har smerteanfald flere gange ugentligt, hvor musklerne kramper op i hele kroppen og medfører kvalme med opkastninger. Der er ifølge erklæringen hovedpineanfald flere gange om ugen, nedsat balance, faldtendens og nedsat samsynsevne. Det konkluderes, at der er overensstemmelse mellem FT subjektive klager og de objektive fund, og det findes ikke muligt at øge arbejdstiden fra 9 timer ugentligt.

FS har fremlagt en række observationsrapporter fra sommeren 2016, og der er for retten afspillet de videooptagelser, der hører til observationerne, ligesom materialet under hovedforhandlingen er uddybet og understøttet ved vidneforklaringerne fra P2 og P3. På videooptagelserne ses FT hovedsageligt under vise i ... og anden form for ... med et betydeligt aktivitetsniveau og under udførelse af ganske anstrengende fysiske aktiviteter. Hun fremstår ikke hæmmet i sin gang eller i øvrigt bevægelsesindskrænket eller med gener. Hun fremstår energisk, smilende og udadvendt i sin omgangsform. Samme indtryk fås af de fremlagte udskrifter fra sociale medier i perioden 2011-2016, som viser FT som deltager i forskellige ... arrangementer og andre begivenheder. Alene på videooptagelserne den 21. og 30. juni 2016, hvor FT er observeret på FS's kontor, og videooptagelsen den 2. august 2016, hvor hun er observeret, da hun ankom til og forlod speciallæge ... praksis, ses hun bevægelsesindskrænket, idet dette dog igen ikke ses at være tilfældet, da hun kort tid efter lægebesøget foretog indkøb i

Retten finder, at der er væsentlige uoverensstemmelser mellem navnlig omfanget og karakteren af de observerede aktiviteter og de oplysninger om sit funktionsniveau, som FT har angivet i funktionsskemaet, og som hun har givet i forbindelse med speciallægeundersøgelsen. På baggrund af antallet og varigheden af observationerne over en længere periode og selve karakteren af flere af aktiviteterne finder retten, at der ikke er risiko for, at de observerede aktiviteter alene har været udtryk for f.eks. tilfældigheder og ikke giver et retvisende billede. Det, som FT har anført om gode og dårlige dage samt indtag af smertestillende medicin, kan ikke føre til en ændret vurdering.

Retslægerådet har ikke i sagen udtalt sig om foreneligheden mellem de foretagne observationer og FT's oplysninger om sit funktionsniveau. Retten bemærker dog, at Retslægerådet i sin besvarelse, som er foretaget på baggrund af samtlige lægelige akter i sagen, har anført navnlig, at der ikke foreligger objektive

Ankenævnet for Forsikring

fund, der understøtter, at FT har pådraget sig strukturelle eller neurologiske skader ved de uheld, som hun har været involveret i, og som dermed skulle kunne forklare de af FT angivne smerter og svære funktionsnedsættelser.

Om den lægelige undersøgelse beskrevet i speciallægeerklæringen af 2. august 2016 anfører Retslægerådet endvidere bl.a., at objektive fund i form af kraft over led er usikre, når der samtidig er angivelser af smertepåvirkning, og at en mere sikker, objektiv vurdering af muskulatur ville have været beskrivelse af eventuelt målbart svind af muskulatur, hvilket imidlertid ikke er angivet præcist i speciallægeerklæringen af 2. august 2016.

På denne baggrund og efter en samlet vurdering af sagens oplysninger finder retten, at FT ikke har ført det fornødne bevis for, at hendes generelle erhvervsevne efter den 1. marts 2016 har været nedsat med mindst 50 %, og at hun således opfylder betingelserne for ydelsesudbetaling og præmiefritagelse efter dette tidspunkt. Det kan ikke føre til en ændret vurdering, at FT siden den 1. april 2004 var bevilliget fleksjob, ligesom det, som FT i øvrigt har anført i sagen, heller ikke kan føre til en anden vurdering.

FS's påstand om frifindelse tages herefter til følge.

Efter sagens udfald skal FT betale sagsomkostninger til FS. Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, omfang og forløb, herunder med forelæggelse af spørgsmål for Retslægerådet ad to omgange, fastsat til dækning af advokatudgifter med 130.000 kr."

5.2. Sag 93652. Erhvervsevnetab. Observation. Ophævelse. Tilbagebetalingskrav Velliv.

Sagen er ikke offentliggjort på nævnets hjemmeside.

Klageren modtog ydelser fra selskabet fra 1/1 2014. Efter observationer standsede selskabet ydelserne pr. 1/2 2019 under henvisning til, at der var uoverensstemmelser mellem klagerens oplysninger om sit funktionsniveau i funktionsskemaer og det observerede. Oplysningerne om klagerens gener var i det væsentlige baseret på klagerens subjektive angivelser, og det var i de lægelige akter angivet, at der ikke kunne findes en årsag til klagerens smerter. Nævnet kunne ikke kritisere, at selskabet havde standset ydelserne. Nævnet fandt, at selskabet var berettiget til at ophæve forsikringsdækningerne, idet nævnet fandt det godtgjort, at klageren havde udvist illoyal adfærd af en vis grovhed.

Klageren indbragte sagen for Retten i Glostrup. Byretten frifandt den 15/8 2023 selskabet efter der bl.a. var indhentet en udtalelse fra Retslægerådet. Ved byretten havde selskabet nedlagt påstand om, at klageren skulle tilbagebetale ydelser. Klageren blev frifundet for denne påstand. Af dommen fremgår bl.a.:

"Retten begrundelse og resultat

Sagens problemstilling og bevismæssige ramme

Sagen vedrører spørgsmålet om, hvorvidt sagsøgers erhvervsevne er nedsat i en grad, der berettiger ham til ydelser og præmiefritagelse under den forsikring, der var tegnet for ham hos FS.

Derudover vedrører sagen, om FS er berettiget til at kræve tilbagebetaling af de udbetalte ydelser og for værdien af præmiefritagelse, som er ydet i perioden på tre år før kravets fremsættelse.

Ankenævnet for Forsikring

Der er mellem parterne enighed om, at det er FS's almindelige forsikringsbetingelser (nr. 701), som regulerer sagsøgers ret til udbetalinger under forsikringen og præmiefritagelse, dog således at det ikke er en betingelse, at erhvervsevnen er nedsat til under en 1/3, men alene med halvdelen eller mere.

Det er herefter en forudsætning for, at sagsøger kan få medhold i sin påstand, at hans generelle erhvervsevne – som dette begreb er defineret af forsikringsbetingelserne § 8 – også efter den 1. februar 2019 har været nedsat med mindst halvdelen. Det er sagsøger, der skal godtgøre, at hans erhvervsevne er nedsat i et omfang, som berettiger ham til ydelser og præmiefritagelse fra den 1. februar 2019.

Erhvervsmulighederne skal bedømmes både indenfor sagsøgers eget fag, hans tidligere arbejdsområde som ... og inden for beslægtede fag eller fag, der er egnede i den konkrete situation. Det er således den generelle erhvervsevne og ikke erhvervsevnen i sagsøgers erhverv, der skal være nedsat.

Vurderingen af sagsøgers erhvervsevnetab skal som forsikringsbetingelserne er formuleret som udgangspunkt ske på baggrund af de lægelige beskrivelser af hans funktionsevne sammenholdt med hans muligheder for med den beskrevne funktionsevne at tjene mindst halvdelen af, "hvad der i samme egn er sædvanligt for fuldt erhvervsdygtige personer med lignende uddannelse og alder."

Det forhold, at sagsøger efter endt arbejdsprøvning den 1. juli 2016 er tilkendt fleksjob skaber ikke i sig selv en formodning for, at hans generelle erhvervsevne er nedsat i dækningsberettiget omfang.

Som anført af Højesteret i dom af 24. april 2017 gengivet i UfR 2017.2147H er afgørelsen af, hvorvidt observerede fysiske aktiviteter er uforenelige med oplysningerne fra de speciallæger, der har undersøgt sagsøger, hovedsageligt et spørgsmål af lægefaglig karakter.

Det påhviler den part, som påberåber sig, at der er uforenelighed mellem observerede fysiske aktiviteter og oplysningerne fra de undersøgende speciallæger, at godtgøre dette. I tilfælde af uenighed mellem en lægekonsulents vurdering og Retslægerådet må der lægges afgørende vægt på Retslægerådets besvarelse.

Retten lægger til grund, at observationsholdet bestod af ansatte efterforskere hos FS, der ikke har en lægefaglig baggrund. Den bevismæssige betydning af deres observationer må vurderes i dette lys.

Tilbagebetalingskravet

FS har nedlagt påstand om, at Sagsøger skal tilbagebetale udbetalte forsikringsydelser samt værdien af præmiefritagelse for perioden fra den 15. september 2017 frem til den 1. februar 2019, som ubestridt udgør samlet 459.998 kr.

Det må anses for en betingelse for, at FS kan få medhold i sin selvstændige påstand, at sagsøger har været i ond tro med hensyn til grundlaget for FS's tildeling af forsikringsydelser og præmiefritagelse, og således at han groft illoyalt har tilsidesat sin oplysningspligt overfor FS. Bevisbyrden for, at sagsøger har handlet groft illoyalt og mod bedre vidende har modtaget forsikringsydelserne, påhviler FS.

Ankenævnet for Forsikring

Efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål G lægger retten til grund, at den adfærd, som sagsøger har fremvist på observationsfilmen – bilag B – ikke ud fra en lægefaglig vurdering er uforenelig med det funktionsniveau, han oplyste til speciallæge ..., og at der samlet set ikke er oplagt diskrepans mellem observationsfilmen og speciallægeerklæringen fra 15. januar 2018.

På baggrund af Retslægerådets besvarelsen af spørgsmål 2, 5 og 8 lægger retten videre til grund, at der ud fra en lægefaglig vurdering ikke foreligger oplysninger, der på afgørende vis modsiger sagsøgers oplysninger om smerter, gener og kognitive problemer, således som disse er beskrevet i speciallægeerklæringerne af 31. oktober 2012, 6. januar 2015 og 15. januar 2018.

Det kan ikke føre til et andet resultat, at FSs lægekonsulent D har forklaret, at der efter hans opfattelse var en betydelig diskrepans mellem det observerede og sagsøgers angivelse af sine funktionsbegrænsninger, idet der som anført ved denne uenighed må lægges afgørende vægt på Retslægerådets vurdering.

Retten bemærker, at observationsrapporten beskriver sagsøger i en række dagligdags situationer, som efter rettens opfattelse ikke er modstridende med de oplysninger, som sagsøger forud for observationen havde givet FS i forbindelse med sin besvarelse af funktionsskemaer. FS var således bekendt med, at sagsøger som en del af sit fleksjob fungerede som ... instruktør, og han havde i spørgeskemaet af 14. juli 2017 og til speciallægeundersøgelsen i januar 2018 oplyst, at han spillede og trænede andre i ... og derudover fik relativt begrænset motion. Retten bemærker endvidere, at observationsrapporterne er fuldt forenelige med sagsøgers oplysninger om, at han efter aktivitet havde et behov for at sove til middag.

Efter det for retten præsenterede fra OSINT-undersøgelsen finder retten ikke, at sagsøger i forhold til disse aktiviteter groft har tilsidesat sin oplysningspligt.

Retten finder herefter og ud fra en samlet vurdering ikke, at FS har løftet bevisbyrden for, at sagsøger groft illoyalt har tilsidesat sin oplysningspligt, eller for at han i ond tro har modtaget forsikringsydelse.

Sagsøger frifindes derfor for FS's selvstændige påstand.

Erhvervsevnenedsættelsen

Der er ikke fremkommet oplysninger om, hvilken indtægt "der i samme egn er sædvanligt for fuldt erhvervsdygtige personer med lignende uddannelse og alder" som sagsøger. Således som sagen er forelagt, må retten derfor vurdere erhvervsevnenedsættelsen alene på baggrund af, om sagsøger må antages at kunne bestride et arbejde – uanset dettes karakter og indtjeningsmuligheder – på halv tid eller derover.

Efter det foreliggende, herunder Retslægerådets besvarelse og speciallægeerklæringerne fra ortopædkirurg ..., neurokirurg ... og neurolog ..., lægger retten til grund, at Sagsøger's helbredsgener er karakteriseret ved at være subjektive klager over smerter, gener og kognitive problemer.

Af ... speciallægeerklæring af 6. januar 2015 fremgår det, at speciallægen skønnede, at tilstanden ikke kunne rubriceres som en kronisk svær smertetilstand og således ikke uforenelig med let arbejde. Det

Ankenævnet for Forsikring

fremgår af ... speciallægeerklæring af 15. januar 2018, at det blev konkluderet, at udover fund af indskrænket bevægelighed i lænderyggen, var den indskrænkede funktion og påvirkning af erhvervsevnen begrundet i den af sagsøger beskrevne smertetilstand, som ikke medførte nogen objektive fund ved undersøgelsen.

Retten finder herefter ikke og ud fra en samlet vurdering, at sagsøger har løftet bevisbyrden for, at han ikke fra den 1. februar 2019 har kunnet bestride et lettere, ikke rygbelastende arbejde på halv tid svarende til 18,5 timer ugentligt, og retten frifinder derfor FS for den nedlagte påstand. Det kan ikke føre til et andet resultat, at FS i ca. 5 år har bevilget månedlige ydelser og præmiefritagelse til sagsøger.

Sagsomkostninger

Efter sagens resultat skal sagsøger betale delvise sagsomkostninger til FS. Sagsøger har retshjælpsdækning hos ...

I sagsomkostninger skal retshjælpsforsikringen ... subsidært Sagsøger betale 60.000 kr. til FS til dækning af advokatudgift inklusive moms. FS er ikke momsregistreret.

Retten har ved fastsættelsen af sagsomkostningerne lagt vægt på, at FS har opnået medhold for et netto-beløb på 1.540.002 kr., jf. princippet i U2020.1882H. Retten har tillige lagt vægt på, at en betydelig del af bevisførelsen, og således i det væsentligste også forelæggelsen for Retslægerådet, har været nødvendiggjort af FSs selvstændige påstand og FSs anbringender om, at sagsøgers funktionsevne efter observationsrapporterne og FSs OSINT-undersøgelser var i væsentligt uoverensstemmelse med sagsøgers oplysninger til FS og de undersøgende speciallæger. FS har ikke fået medhold i sin selvstændige påstand."

5.3. Sag 93720. Erhvervsevnetab. Urigtige risikoplysninger.

Nordea Pension.

Selskabet afviste dækning med henvisning til, at klageren havde afgivet urigtige risikoplysninger ved tegningen af forsikringen. Nævnet fandt, at klageren ved at undlade at oplyse om talrige lægebesøg pga. hoste, allergiske reaktioner, håndeksem samt om sygehusbesøg havde afgivet urigtige risikoplysninger ved forsikringens tegning. Nævnet fandt, at det måtte tilregnes klager som uagtsomt, at hun ikke havde oplyst herom. Nævnet fandt på baggrund af vurderinger fra Videntcenter for Helbred og Forsikring det godtgjort, at selskabet ville have afvist at tegne forsikringen, hvis de korrekte oplysninger havde foreligget. Nævnet kunne derfor ikke kritisere, at selskabet med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, havde ophævet forsikringen med virkning fra 1/1 2007.

Klageren indbragte sagen for Retten i Glostrup, der den 22/11 2023 frifandt selskabet. Af dommen fremgår bl.a.:

"Rettens begrundelse og resultat

Det fremgår af journaludskrifterne og de øvrige bilag, at sagsøger gennem årene havde været undersøgt både for hoste og for allergi hos såvel speciallæger som ambulatorier ved hospitaler. Alligevel oplyste hun intet herom, da hun i forbindelse med tegningen af forsikringen udfyldte adskillige dokumenter, hvor vigtigheden af at oplyse korrekt blev understreget; der blev opfordret til at spørge, hvis der var tvivl, og hvor hun blandt andet udtrykkeligt blev anmodet om at oplyse om undersøgelse ved speciallæge eller sygehus.

Ankenævnet for Forsikring

Retten finder, at sagsøger ikke havde grundlag for at opfatte sit årelange hosteproblem som 'kortvarige forkølelsetilfælde', eller for at antage, at hun ikke behøvede at oplyse om speciallægeundersøgelse, blot fordi det drejede sig om allergi, eller fordi hun i øvrigt mente sig rask.

Det ligger således fast, at der ved tegningen af forsikringen blev givet urigtige oplysninger, og retten finder, at dette kan tilregnes sagsøger som i det mindste uagtsomt.

Efter oplysningerne i sagen, herunder erklæringerne fra Videnscenter for Helbred og Forsikring og Vidne 1's forklaring, finder retten det endvidere bevist, at sagsøgte helbredsbedømmelse i forhold til de udeholdte oplysninger ville være resulteret i en afvisning af at tegne forsikringen, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, og at sagsøgte derfor var berettiget til at annullere forsikringen

Sagsøgte frifindes således.

Efter sagens resultat skal sagsøger betale sagsomkostninger til sagsøgte med 100.000 kr. inkl. moms til dækning af udgift til advokat. Beløbet er fastsat ud fra sagens oplyste, anslåede værdi, 1.000.000 kr., og omfanget af sagsforberedelsen og varigheden af hovedforhandlingen."

5.4. Sag 94262. Erhvervsevnetab. Observation.

Danica.

Efter observationer af klageren standsede selskabet udbetalingen af helbredsbedingede ydelser pr. 30/6 2019 samt ophævede forsikringsdækningen. Selskabet anførte, at der var betydelige uoverensstemmelser mellem klagerens oplysninger til læge og i funktionsskemaer, og det observerede. Selskabet anførte, at klageren havde handlet illoyalt. Nævnet fandt, at der ikke var grundlag for at kritisere, at selskabets havde standset ydelserne, idet klagerens generelle erhvervsevne ikke var nedsat med halvdelen efter den 30/6 2019. Nævnet fandt, at selskabet var uberettiget til at ophæve forsikringsdækningen, idet det ikke var godtgjort, at klageren havde udvist illoyal adfærd af en vis grovhed.

Klageren indbragte sagen for Københavns Byret, for så vidt angik spørgsmålet om helbredsbedingede ydelser. Spørgsmålet – om selskabet kunne ophæve forsikringsdækningen – indgik ikke i retssagen. Byretten frifandt den 6/6 2023 selskabet. Sagen blev anket til landsretten, men ankesagen blev i december 2024 opgivet af klageren, hvorfor byrettens dom står ved magt. Af byretsdommen fremgår bl.a.:

"Rettens begrundelse og resultat

[Klageren] er i henhold til forsikringsbetingelserne hos AP Pension berettiget til udbetaling af invalidepension og bidragsfritagelse, såfremt hendes generelle erhvervsevne er nedsat til halvdelen eller mindre som følge af sygdom eller ulykke.

Det påhviler [klageren] at bevise, at hun opfylder betingelserne for udbetaling af invalidepension og bidragsfritagelse. Det bemærkes herved, at ... Kommunes bevilling af fleksjob i marts 2020 ikke i sig selv skaber en formodning for, at det er tilfældet.

Ankenævnet for Forsikring

Retten finder, at der som nærmere beskrevet af Ankenævnet for Forsikring, er betydelige uoverensstemmelser mellem det funktionsniveau, som [klageren] har oplyst til AP Pension, læger og kommunen, og de aktiviteter, der er beskrevet og ses i det fremlagte videomateriale og observationsrapporterne.

Retten finder, at [klageren] herved har bragt sig i en bevismæssig vanskelig situation.

Efter en samlet vurdering af de foreliggende lægelige oplysninger, herunder at [klagerens] gener efter ulykken hovedsageligt består i hovedpine og muskelømhed, hvilken tilstand i væsentlig omfang må antages at være baseret på [klagerens] egne subjektive beskrivelser, sammenholdt med oplysningerne i observationsrapporterne og observationsvideoerne og de under sagen afgivne forklaringer herom, finder retten, at [klageren] ikke har godtgjort, at hun efter den 30. juni 2019 fortsat opfyldte forsikringsbetingelserne for udbetaling af invalidepension og bidragsfritagelse.

AP Pensions påstand om frifindelse tages derfor til følge.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 120.000 kr."

5.5. Sag 95473. Ejerskifteforsikring. Kældergulv med gulvvarme. Isolering. Radonspærre.

Dansk Boligforsikring.

Klager var utilfreds med selskabets afvisning af dækning af omkostninger til udbedring af forhold ved kældergulv anlagt med gulvvarme i 2011 – i et hus fra 1905 – hvor der ikke var kapillarbrydende lag, isolering eller radonspærre. Klager anførte, at der slet ikke var isoleret, og at det ikke havde været muligt at opretholde tilstrækkelig varme i en ellers meget mild vinter. Selskabet afviste dækning med henvisning til, at der ikke var konstateret skader på ejendommen, og at kælderen ikke var godkendt til beboelse. Nævnet kunne ikke kritisere selskabets afgørelse. Nævnet lagde vægt på, at forholdet – der blev anmeldt den 2/1 2020 – havde eksisteret siden 2011, og at der ikke var konstateret bygningskader, som kunne have relation til gulvkonstruktionens opbygning.

Klageren indbragte sagen for Retten i Lyngby og indstævnedede både selskabet og sælgeren af ejendommen. Byretten frifandt den 10/12 2024 sælgeren og selskabet. Af byretsdommen fremgår bl.a.:

"Rettens begrundelse og resultat

De spørgsmål, der skal tages stilling til i denne sag, er, om henholdsvis sælgeren af en ejerlejlighed og ejerskifteforsikringsselskabet er forpligtede til at betale erstatning til køberne i anledning af en række påberåbte mangler.

I forhold til sælgeren er den ene påberåbte mangel, at kældergulvet, som sælgeren fik lavet om, efter kælderen var oversvømmet i 2011, ikke var isoleret under betondækket. Det er oplyst, at det eksisterende og ødelagte trægulv blev erstattet af klinkegulv. I nogle af rummene blev det lagt gulvvarmerør på det eksisterende betondække, hvilket betød, at gulvet i de pågældende rum blev hævet. Der blev ikke i den forbindelse foretaget isolering m.v. mod jorden.

Ankenævnet for Forsikring

Efter skønsmandens oplysninger må det lægges til grund, at der ved husets opførelse ikke var krav om isolering, ligesom det af beskrivelsen af hustypen med den pågældende alder, der var vedlagt tilstandsrapporten, fremgår, at kældergulve er kolde på grund af manglende isolering. Efter skønsmandens oplysning skulle der ved renoveringen være isoleret, medmindre en beregning viste, at det ikke var rentabelt. Der er ikke oplysninger om, at en sådan beregning er foretaget, men skønsmanden har forklaret, at han vil skønne, at isolering ikke ville have været rentabelt.

Retten lægger efter sælgerens oplysninger til grund, at renoveringen blev udført af en professionel entreprenør, og at sælger har været i god tro med hensyn til renoveringens lovlighed.

Handlen var omfattet af lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom, og som følge heraf er køberne som udgangspunkt afskåret fra at gøre mangelsansvar gældende mod sælgeren.

Selv hvis det lægges til grund, at gulvet skulle have været isoleret og der dermed er tale om en ulovlig bygningsindretning, finder retten ikke, at der kan rettes krav mod sælgeren, da en skade opstået som følge af manglen ville være dækket af ejerskifteforsikringen.

Retten finder det heller ikke godtgjort, at sælger har handlet svigagtigt ved at have malet kældertrappen og dermed det trin der har vist sig at været angrebet af råd. Retten finder det nemlig ikke godtgjort, at det på det tidspunkt var kendeligt for sælger, at trinnet var angrebet af fugt eller råd.

Den anden mangel, der er påberåbt over for sælgeren, er, at der ikke er gulvvarme i alle værelser i kælderen. Køberne har gjort gældende, at det var deres forudsætning. Retten finder hverken, at denne forudsætning har været kendelig for sælgeren, eller at sælgeren har bibragt køberne opfattelsen af, at der var gulvvarme i alle rum i kælderen.

Den tredje mangel, der er påberåbt over for sælgeren er, at fundamentet ikke er ført ned til frostfri dybde. Dette var ikke et krav, da ejendommen blev opført. Den forrige ejer fik i 1957 tilladelse fra kommunen til afgravning af en del af haven på betingelse, at fundamenterne efter afgravningen ville være ført til frostfri dybde. Efter de sagkyndige erklæringer må det lægges til grund, at denne betingelse ikke blev opfyldt.

Retten finder ikke, at sælger har haft nogen viden om dette forhold. Af de samme grunde som anført vedrørende isoleringen finder retten ikke, at køberne kan rejse noget krav mod sælger.

Af disse grunde frifindes sælgeren for de rejste krav.

Over for forsikrings-selskabet har køberne gjort gældende, at de er berettigede til erstatning for væsentlig nedsat funktion af gulvvarmen.

Der er ikke konstateret mangler ved anlæggets funktion teknisk set. Kravet bygger på, at den manglende isolering af gulvet har medført, at der i kolde perioder ikke kan holdes en tilpas temperatur i kælderen.

Ankenævnet for Forsikring

Sælger har forklaret, at han og hans familie havde soveværelser i kælderen uden at have bemærket problemer med at holde en rimelig temperatur.

Skønsmanden har forklaret, at man sandsynligvis med øgede udgifter til opvarmning vil kunne opretholde normalt brug af værelserne i kælderen.

Der er ikke oplysninger om, at varmemeforbruget har oversteget det, der blev oplyst i forbindelse med salget af ejendommen.

Uanset om der er tale om en ulovlig bygningsindretning, finder retten derfor ikke, at det har medført en skade eller umiddelbar fare for en skade, som anført i forsikringsbetingelserne, eller at der er tale om en manglende eller væsentligt nedsat funktion af varmeanlægget i forsikringsbetingelsernes forstand.

Køberne har ligeledes gjort gældende, at det forhold, at fundamentet ikke er ført til frostfri dybde er en erstatningsberettiget skade.

Det fremgår af den sagkyndige erklæring, at huset vurderes at være i bero, dets alder taget i betragtning – forudsat at der ved renoveringen ikke sker omfordeling af lasterne med ændret/øgte lastforhold på det aktuelle fundament. Det anføres videre, at det ikke kan afvises, at der fortsat vil været mindre sætninger fremadrettet, men restsætningerne vurderes at være små husets alder taget i betragtning.

Retten finder derfor ikke, at fundamentet har medført en skade eller umiddelbar fare for en skade, som anført i forsikringsbetingelserne.

Selv om det lægges til grund, at der efterfølgende er sket sætningsskader finder retten det ikke godtgjort, at dette skyldes forholdene på overtagelsestidspunktet, men kan lige så vel skyldes forskydninger i forbindelse med det arbejde køber har udført med understøbning af fundamentet.

Af disse grunde frifindes forsikringsselskabet for de rejste krav.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 127.500 kr. til [sælger] som ikke er momsregistreret.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 110.000 kr. til Dansk Boligforsikring A/S, som er mødt ved en ansat advokat og derfor ikke svarer moms.

Retten har i begge tilfælde tillagt det vægt, at der har været afholdt syn og skøn, og at sagen er hovedforhandlet over 2 retsdage."

5.6. Sag 96731. Erhvervsnevnetab. OSINT-undersøgelser. Ophævelse.

Velliv.

Klageren modtog ydelser fra 5/12 2008 til 28/2 2021 (mere end 12 år) på baggrund af hovedpine samt nakke- og rygsmerter. Efter OSINT-undersøgelse – hvor klageren sås at have et vist aktivitetsniveau i forbindelse

Ankenævnet for Forsikring

med træningsaktiviteter, herunder løb samt fitnessstræning – standsede selskabet ydelserne. Nævnet fandt, at OSINT-undersøgelserne kunne indgå i nævnets behandling og afgørelse af sagen, og at undersøgelserne ikke var foretaget på sådanne måder, eller at undersøgelserne i øvrigt indeholdte sådanne oplysninger, at det ville være betænkeligt for nævnet at lade disse undersøgelser indgå i sin helhed som bevismateriale i behandlingen af sagen. Nævnet udtalte, at selskabet – henset til at selskabet har ydet dækning i en lang periode – skal bevise, at der var indtruffet en sådan bedring af klagerens forhold, som fører til, at klageren ikke længere har det hidtidige dækningsberettigende erhvervsevnetab. Nævnet fandt, at selskabet har godtgjort, at der er indtruffet en bedring af klagerens helbredsmæssige situation, således at hendes erhvervsevne ikke er nedsat med halvdelen. Nævnet lagde vægt på, at klageren ses at have et aktivitetsniveau, der ikke stemmer overens med de oplysninger, som hun har givet til selskabet. Nævnet lagde vægt på, at klageren arbejdede 15 timer om ugen. Nævnet fandt, at selskabet var berettiget til at ophæve klagerens erhvervsevnetabforsikring, idet klageren har handlet illoyalt.

Klageren indbragte sagen for Retten i Glostrup, der den 8/1 2025 frifandt selskabet. Af dommen fremgår bl.a.:

"Retten begrundelse og resultat

Spørgsmålet for retten er i første række, om [forsikringstager] den 1. marts 2021 fortsat var berettiget til præmiefritagelse og udbetaling af forsikringen. Såfremt hun ikke længere var berettiget hertil, skal retten i anden række tage stilling til, om [forsikringstager] har handlet på en sådan måde, at Velliv har været berettiget til også at ophæve forsikringen.

Præmiefritagelse og udbetaling af forsikring

[Forsikringstager] havde i henhold til den indgåede forsikringsaftale ret til fuld dækning under forsikringen, hvis hendes erhvervsevne var nedsat til 50 % eller mere, jf. § 6, stk. 2 og 3 i de almindelige forsikringsbetingelser og de særlige vilkår til forsikringsbetingelserne angivet i pensionsoversigten.

Hvis hendes erhvervsevne ikke længere var nedsat med 50 % eller mere, blev præmiebetalingen genoptaget, og en påbegyndt udbetaling af invalidepension ophørte, jf. § 6, stk. 8 i de almindelige forsikringsbetingelser.

Velliv har udarbejdet en OSINT-rapport for perioden 20. april 2017 til 7. november 2020, der dokumenter [forsikringstagers] deltagelse en lang række aktiviteter. [Forsikringstager] har selv oplyst, at hun perioden i perioden 2017-2020 deltog i 14 løb med en distance over 10 km, herunder 3 halvmaraton-distancer (1 i 2018, 1 i 2019 og 1 i 2020). Hun har under sagen ligeledes bekræftet, at hun har deltaget i 2-dages løb-rejser til ... hvor hun i 2019 deltog en enkelt dag, og i 2020 deltog begge dage, hvor hun sammenlagt tilbagelagde en distance på 42 kilometer.

Det er et spørgsmål af lægefaglig karakter, om de aktiviteter, som en [forsikringstager] har foretaget, er uforenelige med oplysningerne i erklæringerne fra speciallægerne. Der er under retssagen ikke indhentet yderligere lægefaglige beviser, hvorfor den senest afgivne vurdering af lægefaglig karakter er fra speciallæge ..., lægekonsulent ved Velliv, der ligeledes, som sagen er oplyst for retten, er den eneste person af lægefaglig karakter, der har udtalt sig på baggrund af både det lægelige materiale, [forsikringstagers] oplysninger og OSINT-rapportens påviste aktivitetsniveau. [Vellivs lægekonsulent] har ved sammenholdelse

Ankenævnet for Forsikring

af sagens oplysninger og OSINT-materialet vurderet, at et sådan fysisk aktivitetsniveau i det mindste ugentligt bør kunne omsættes til 5-8 timer yderligere erhvervsevne i ethvert erhverv på det brede arbejdsmarked (generel erhvervsevne).

Retten finder efter en samlet vurdering, at [forsikringstager] ikke har løftet bevisbyrden for, at hendes generelle erhvervsevne den 1. marts 2021 fortsat var nedsat med 50 % eller mere. Hun var derfor under forsikringsbetingelserne ikke længere berettiget til præmiefritagelse og udbetaling af invalidepension. Retten har ved afgørelsen lagt vægt på omfanget og intensiteten af [forsikringstagers] aktivitetsniveau i perioden 2017 til 2020, at [forsikringstager] i perioden havde et fleksjob på 12-15 timer, hvilket i sig selv var tæt på 50 % erhvervsevne, og at træning til og deltagelse i adskillige ...løb over 10 km, halvmarathon og gennemførelse af et løbarrangement på 42 kilometer over 2 dage, uafhængigt af tempoet hvori det gennemføres, må anses for uforeneligt med de skånebehov, som beskrives i speciallægeerklæringerne og funktionsskemaet, der forhindrede hende i at arbejde yderligere.

Vellivs påstand om frifindelse over for [forsikringstager] første påstand tages herefter til følge.

Ophævelse

Velliv havde til enhver tid ret til at kræve dokumentation for, at [forsikringstagers] erhvervsevne fortsat var nedsat til 50 % eller derunder, jf. § 6, stk. 5 i de almindelige forsikringsbetingelser.

Velliv (og tidligere Nordea) har anvendt denne ret ved anmodning om, at [forsikringstager] løbende udfyldte erklæringer og funktionsskemaer samt lod sig undersøge til brug for lægeattester og speciallægeerklæringer.

Senest ved brev af 30. juni 2011 blev [forsikringstager] oplyst om, at Velliv/Nordea ved deres vurdering af om der fortsat skulle ske udbetaling lagde vægt på, at hendes helbredstilstand var uændret, og at hun skulle kontakte dem, hvis der skete ændringer i hendes situation.

Af funktionsskema af 5. marts 2020 og speciallægeerklæring af 11. september 2020 fremgår det blandt andet, at [forsikringstager] på grund af sit helbred i begrænset omfang var forhindret i rengøring, herunder støvsugning, gulvvask mv., og at hun ligeledes i begrænset omfang var forhindret at udføre fritidsaktiviteter.

Det fremgår intet sted i erklæringerne, funktionsskemaet, lægeattesterne eller speciallægeerklæringerne, at [forsikringstager] i perioden 2017 til 2020 har deltaget en lang række ... løb.

Henset navnlig til omfanget og intensiteten af [forsikringstagers] aktivitetsniveau i perioden 2017 til 2020 finder retten, at der er en sådan forskel mellem oplysningerne, som [forsikringstager] har givet til Velliv, og det faktiske aktivitetsniveau, at [forsikringstager] har handlet illoyalt i et sådant omfang, at Velliv har været berettiget til at ophæve pensionsaftalen. De af [forsikringstager] fremlagte udtalelser ændrer ikke på denne diskrepans mellem det oplyste og faktiske aktivitetsniveau.

Vellivs påstand om frifindelse over for [forsikringstager] anden påstand tages herefter til følge.

Ankenævnet for Forsikring

Parterne er enige om, at sagsværdien udgør kr. 2.562.000, svarende til værdien af årlige udbetalinger og værdien af den årlige ret til præmiefritagelse, ganget med 10, jf. retsafgiftslovens § 3, stk. 2.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 130.000 kr. Velliv, Pension & Livsforsikring A/S er ikke momsregistreret.

5.7. Sag 96910. Indboforsikring. Følgeskade. Kvalitet af skimmelfrensning af løvsøre.

Gjensidige.

Klageren anmeldte skimmelsvamp i sin lejlighed som følge af brud på et fjernvarmerør i ejendommens kælder. Selskabet foretog besigtigelse og dækkede skimmelsanering af indbogenstande. DMR udførte kvalitetskontrol efter skimmelsaneringen, hvor rengøringen blev fundet tilfredsstillende. Klageren anførte, at selskabet ikke havde fastlagt et specifikt succeskriterium for skimmelsaneringen, og at en succesfuld sanering – i henhold til SBI-anvisninger, uvildige rådgivere, andre kontrolrapporter og ankenævnspraksis – måtte indebære, at der ved efterfølgende kontrol kun måles begrænsede forekomster af spiredygtige skimmelsvampe. Klageren anførte, at stikprøverne efter saneringen viste over 10 kolonier på 38 % af prøverne foretaget af DMR og kategori B på 30 % af prøverne foretaget med Mycometer-test. Selskabet oplyste, at det ikke var bekendt med retskilder, som angav (succes-)kriterier eller krav om skimmelniveau efter udført skimmelfrensning af indbogenstande. Skimmelsanering af løvsøre havde til hensigt til bringe skimmelniveauet tilbage til et sædvanligt og forventeligt (baggrunds-)niveau. Nævnet bemærkede, at der ikke forelå retskilder eller andre vejledninger/anvisninger, som angav kriterier for rengøring af indbogenstande. Nævnet fandt, at klageren ikke havde bevist, at den udførte skimmelsanering var utilstrækkelig. Nævnet lagde bl.a. vægt på kvalitetssikringsrapporten af 21/10 2020 fra DMR, hvor det fremgik, at den udførte rengøring var sket tilfredsstillende, at genstandene fremstod rene, og at mængden af skimmel på de analyserede prøver var beskednen og uproblematisk. Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af Teknologisk Instituts udtalelse af 25/3 2021, at der ikke var en problematisk forekomst af skimmelsvampe på de undersøgte prøveflader. Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af mail af 26/8 2021 fra DMR, at skimmeltypene overvejende var uden relation til skaden/bygningen. Nævnet fandt, at der ikke var grundlag for at kritisere, at selskabet havde afvist klagerens øvrige krav, herunder sagsomkostninger.

Klageren indbragte sagen for Retten på Frederiksberg. Klageren har fremsendt udskrift af retsbog af 13/1 2025, hvor det fremgår, at der er indgået forlig efter afholdelse af syn og skøn. Af retsbogen fremgår bl.a.:

"Parterne har indgået forlig:

"Sagsøgte, Gjensidige Forsikring, betaler i alt 400.000,00 kr. til sagsøgeren ... til fuld og endelig afgørelse af sagen. Sagsøgte, Gjensidige Forsikring, betaler sagens omkostninger. Det overlades til Retten at træffe afgørelse om størrelsen af sagens omkostninger, herunder udgift til advokatbistand. Forligsbeløbet betales senest 7 dage efter begge parter har bekræftet forliget til Retten. Forliget er betinget af effektiv betaling.

Retten bedes således venligst fastsætte størrelsen af sagsomkostninger og føre forliget til retsbog."

Parterne har anmodet retten om at træffe afgørelse om sagens omkostninger.

Ankenævnet for Forsikring

Retten bestemte, at Gjensidige Forsikring, Dansk Filial af Gjensidige Forsikring Asa, Norge inden 14 dage skal betale 55.562,50 kr. i sagsomkostninger til [klageren]

Sagsomkostningerne er fastsat under hensyn til sagens værdi, forløb og udfald med 27.500 kr. til advokatudgift, 1.500 kr. til retsafgift og 26.562,50 kr. til øvrige udgifter.

Klageren har fremlagt syns- og skønserklæring. Heraf fremgår bl.a.:

"Spørgsmål 3:

Skønsmanden bedes oplyse, om Mycometer værdi og antal kolonier målt på aftryksplader jf. SBI anvisning 204 og SBI anvisning 274 kan benyttes som godkendelseskriterie for skimmelsanering og slutrengøring af indbo.

I bekræftende fald bedes skønsmanden definere godkendelseskriteriet for en succesfuld skimmelsanering og slutrengøring af indbo, målt henholdsvis som Mycometer værdi og antal kolonier jf. SBI anvisning 204 og 274. Alternativt bedes skønsmanden definere godkendelseskriteriet for en succesfuld skimmelsanering og slutrengøring af indbo ud fra andre vurderingsgrundlag.

Svar på spørgsmål 3:

Ja, SBI-anvisning 274 kan benyttes som godkendelseskriterie for skimmelsanering og slutrengøring af indbo. SBI-anvisning 204 er udgået og afløst af SBI-Anvisning 274.

Det er vigtigt at forstå forskellen på en skimmelfrensning og en skimmelrengøring. En skimmelsanering omfatter ofte begge dele. Skimmelfrensning udføres indledningsvist og skimmelrengøringen udføres afslutningsvist.

Skimmelfrensning:

En overflade der har været udsat for skimmelvækst. Overflader med skimmelvækst skal skimmelfrensnes og kan kontrolleres på følgende vis:

- Mycometer-prøver, hvor godkendelseskriteriet er et lavt MycoMetertal dvs. < 25 , jf. SBI-anvisning 274, øverst side 75.
- Aftryksprøver, hvor godkendelseskriteriet er < 10 cfu af bygningsrelaterede skimmelsvampe, jf. SBI-anvisning 274, nederst side 73.

Skimmelrengøring:

En overflade der ikke har været udsat for skimmelvækst, men for en sporer spredning fra andre vækstområder skal skimmelrengøres, og kan kontrolleres på følgende vis:

- Aftryksprøver, hvor godkendelseskriteriet er < 10 cfu af bygningsrelaterede skimmelsvampe, jf. SBI-anvisning 274, nederst side 73.

En skimmelrengøring kan ikke kontrolleres med Mycometer-prøver, jf. SBI-anvisning 274, øverst side 75, hvor anvendelsesmuligheden af MycoMeter-prøver som kontrol af skimmelrengøring ikke fremgår af teksten (til forskel fra teksten vedrørende aftryksprøver, hvor anvendelsesmuligheden netop fremgår).

Godkendelseskriteriet af skimmelsaneret og slutrengjort indbo i nærværende sag burde efter skønsmændens bedste overbevisning derfor være anvist som følgende:

Ankenævnet for Forsikring

- Indbo kontrolleres ved visuel gennemgang for synlige støvforekomster. Indbo skal fremstå ny rengjort og dermed uden synlige støvforekomster. Der kan forekomme mindre støvforekomster som er acceptable. Vurderingen er subjektiv.
- Den visuelle gennemgang suppleres med udtagelse af repræsentative stikprøvevise aftryksprøver på indbo. Ca 15 % = Ca. 18 prøver. o Udfaldskrav til aftryksprøver er generelt < 10 CFU af bygningsrelaterede skimmelsvampe

Spørgsmål 4:

I forlængelse af skønsmandens svar på spørgsmål 3, bedes skønsmanden oplyse, om det vil være i overensstemmelse med sædvanlig praksis, at der efter en succesfuld skimmelsanering og slutrengøring af indbo stilles krav udelukkende at opnå Mycometerverdier på under 25 og antal kolonier målt på aftryksplader under 10 i en stikprøve.

I bekræftende fald bedes skønsmanden oplyse, om det vil være sædvanligt, at der kasseres indbo, hvor det ikke vil være muligt at opfylde ovenstående krav.

Skønsmanden bedes begrunde sit svar.

Svar på spørgsmål 4:

Ja, det vil være i overensstemmelse med sædvanlig praksis – dog med tilføjelse af at udfaldskrav til aftryksprøver er < 10 CFU af bygningsrelaterede skimmelsvampe, og at MycoMeter-prøver ikke kan stå alene – som også angivet i svar på spørgsmål 3.

Ja, det vil være sædvanligt at kassere indbo, hvor kravet ikke er muligt at opfylde. Det er dog skønsmandens erfaring at dette oftest er muligt, såfremt indbo/løvsøre ikke har været udsat for skimmelvækst. Det er ofte set at en skimmelrengøring og/eller skimme-afrensning skal gentages, hvis den ikke består i første omgang. Først efter gentagne mislykkede afrensnings- og rengøringsforsøg vil det være sædvanligt at kassere indbo som ikke har været udsat for skimmelvækst.

Spørgsmål 5:

Skønsmanden bedes vurdere om en skimmelsanering og slutrengøring af indbo, hvor der måles Mycometer verdier på over 25 i 30 % af de udtagende stikprøver, kan anses som værende succesfuld.

Skønsmanden bedes begrunde sit svar.

Svar på spørgsmål 5:

Nej, MycoMeter verdier på > 25 er ikke forenelige med en succesfuld skimmelsanering. De overflader som prøverne er repræsentative for skal forsøges genafrenset.

Spørgsmål 6:

Skønsmanden bedes vurdere om en skimmelsanering og slutrengøring af indbo, hvor der måles over 10 kolonier på aftryksplader i 38 % af de udtagende stikprøver, kan anses som værende succesfuld.

Skønsmanden bedes begrunde sit svar.

Svar på spørgsmål 6:

Nej, aftryksprøver der viser > 10 bygningsrelaterede cfu er ikke forenelige med en succesfuld skimmelsanering. De overflader som prøverne er repræsentative for skal forsøges genafrenset."

Ankenævnet for Forsikring

5.8. Sag 98361. Ejerskifteforsikring. Skadebegrebet.

Gjensidige.

Selskabet anerkendte dækning til udbedring af 5 dør-/vinduespartier i sydfacaden. Selskabet afviste dækning til udbedring af ejendommens øvrige vinduespartier og bryggersdør under henvisning til, at der ikke var dokumenteret skade i ejerskifteforsikringens forstand. Selskabet anførte, at der hverken var konstateret fugt/opfugtning i false, udfald i puds, fugtaftegninger eller skimmelforekomst. Selskabet har dækket advokatudgifter med 10.000 kr. og afviste yderligere dækning. Nævnet fandt, at klageren ikke har bevist, at der på overtagelsestidspunktet var forhold ved ejendommens øvrige vindues- og dørfalse, som udgjorde skade eller nærliggende risiko for skade i ejerskifteforsikringens forstand. Henset til sagens karakter og udfald fandt nævnet, at der ikke var grundlag for at pålægge selskabet at dække yderligere udgift til advokatbistand.

Klageren indbragte sagen for Retten i Randers. Byretten frifandt den 9/4 2024 selskabet. Af dommen fremgår bl.a.:

"Retten begrundelse og resultat

Det fremgår af forsikringsbetingelserne til den tegnede ejerskifteforsikring, at forsikringen dækker udbedring af aktuelle skader samt fysiske forhold ved bygningerne, der giver nærliggende risiko for skader på de forsikrede bygninger eller bygningsdele. Der fremgår endvidere at manglende bygningsdele kan være en skade.

Det lægges efter syn- og skønsmandens erklæring, hvilket støttes af hans forklaring under afhjemlingen, til grund, at konstruktionen af falsene ved ejendommens døre og vinduer ikke er udført håndværksmæssigt korrekt. Skønsmandens opfattelse heraf støttes endvidere af de vidner med håndværksmæssig baggrund, der har afgivet forklaring under hovedforhandlingen.

Skønsmanden har endvidere i forbindelse med afhjemlingen forklaret, at der ikke er konstateret fugtskader ved de vinduer, der ikke er omfattet af de fem vinduer, hvor forsikringsselskabet har givet tilsagn om dækning, og spørgsmålet er således, om der på grund af falsenes konstruktion, er en nærliggende risiko for skade på ejendommen, som medfører, at ejerskifteforsikringens dækningspligt aktualiseres.

Skønsmanden har som svar på spørgsmål IA, hvilket støttes af hans forklaring under afhjemlingen, anført, at det skønnes at forholdene og risikoen for skade har været tilsvarende på nuværende tidspunkt som på tidspunktet for ejendommens opførelse i 2005.

Retten finder det ikke bevist, at den mangelfulde konstruktion af vinduesfalsene har medført skader i form af fugtskader på ejendommen. Skønsmanden har redegjort for de foretagne fugtmålinger i væggene, som ikke viser fugt i de omkringliggende vægge, og de fremlagte billeder viser ej heller fugt – eller skimmelfaftegninger på væggene ved de omhandlede dør- og vinduesfalse.

Herefter, og under hensyn til at risikoen for skade efter skønsmandens vurdering var den samme på tidspunktet for ejendommens opførelse som nu, finder retten ikke, at der er en nærliggende risiko for skade i ejerskifteforsikringens forstand, hvorfor sagsøgte frifindes for påstanden om betaling af 56.000 kr. vedrørende de resterende vinduer- og dørfalse i sagsøgernes ejendom.

Ankenævnet for Forsikring

For så vidt angår sagsøgernes påstand om yderligere dækning af udgifter til advokatbistand til forsikrings-sagen, bemærker retten, at sagen ikke har en kompleksitet, at det har været nødvendigt at antage advokatbistand til sagen for Ankenævnet for Forsikring, hvorfor sagsøgernes påstand om yderligere dækning hertil med 20.000 kr. ikke tages til følge. Sagsøgte frifindes tillige for denne del af sagsøgernes påstand.

Sagsomkostningerne for retten er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 25.000 kr. og af sagsøgtes andel af udgifterne til syn- og skønserklæring og afhjæmning af skønsmand med 11.250 kr. inklusive moms, i alt 36.250 kr., som sagsøgerne skal betale til sagsøgte."

5.9. Sag 99309. Indboforsikring og ulykkesforsikring. Urigtige risikooplysninger. Tilbagesøgningskrav. Lærerstanden.

Klageren anmodede den 22/1 2018 telefonisk selskabet om et tilbud på indbo- og ulykkesforsikring. På samtykkeerklæringen havde selskabet udfyldt, at klageren havde oplyst, at hun inden for de seneste 3 år havde anmeldt 0 skader. Klageren anmeldte fra 12/1 2019 til 26/2 2020 8 skader på indboforsikringen. Selskabet indhentede klagerens skadehistorik. Fra 25/1 2017 til 17/8 2018 havde klageren anmeldt 7 skader på indboforsikringen. Selskabet opsagde indboforsikringen med tilbagevirkende kraft med henvisning til, at klageren afgav urigtige risikooplysninger om antallet af skader på sin tidligere forsikring, og at selskabet ikke ville have tegnet forsikringen, hvis de korrekte oplysninger var blevet oplyst, jf. forsikringsaftalelovens § 6. Selskabet fremsatte et tilbagebetalingskrav på 180.716,49 kr. for de erstatninger, som klageren havde modtaget. Selskabet nedskrev tilbagebetalingskravet til 163.464,47 kr. Klageren anførte, at hun ikke aktivt havde angivet, at hun havde haft 0 skader indenfor de seneste 3 år, men at dette allerede fremgik af blanketten. Klageren anførte, at hun inden tegning af forsikringen mundtligt tilkendegav, at hun ikke kunne huske, hvor mange skader hun havde haft ved sit tidligere forsikringsselskab, og at hun som forbruger ud fra formuleringen i samtykkeerklæringen måtte lægge til grund, at selskabet selv foretog en undersøgelse af tidligere forsikringsforhold. Klageren anførte, at forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3, fandt anvendelse, og at selskabet havde udvist retsfortabende passivitet. Selskabet anførte, at tilbuddets angivelse af 0 skader inden for 3 år måtte være baseret på klagerens oplysning, og at det ikke var normal procedure, at selskabet ved indtegnning afklarede skadehistorik ved selv at kontakte tidligere forsikringsselskaber. Selskabet anførte, at klageren ved sin underskrift havde bekræftet oplysningerne, at klageren ikke havde været i god tro om retten til udbetalingerne af erstatning, og at selskabet ikke havde givet klageren anledning til at tro, at kravet om tilbagebetaling ikke ville blive fastholdt. Nævnet fandt, at klageren ved købet af forsikringen afgav urigtige oplysninger, og at dette måtte tilregnes klageren som uagtsomt. Nævnet fandt, at selskabet efter de interne tegningsregler ikke ville have tegnet indboforsikringen, hvis de rigtige forhold omkring tidligere skadehistorik var oplyst ved tegningen af forsikringen. Nævnet bemærkede, at den omtvistede passus i selskabets samtykkeerklæring med fordel kunne formuleres på en anden måde. Den omtvistede passus i samtykkeerklæringen gav ikke i sig selv nævnet grundlag for at anvende forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3. Nævnet fandt, at der ikke var andre særlige omstændigheder, der kunne føre til, at selskabet hæftede helt eller delvist efter forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3. Nævnet kunne herefter ikke kritisere, at selskabet med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, havde opsagt indboforsikringen med tilbagevirkende kraft. Det fulgte af almindelige forsikringsretlige principper, at et forsikringsselskab – der har udbetalt erstatning i et tilfælde, hvor det ikke har været forpligtet til det – som hovedregel kan kræve den udbetalte erstatning tilbagebetalt. Denne hovedregel kan fraviges efter principperne om *condictio indebiti*. Da klageren havde afgivet urigtige oplysninger ved tegningen, og idet

Ankenævnet for Forsikring

nævnet ikke fandt grundlag for at statuere, at selskabet havde udvist retsfortabende passivitet, kunne nævnet ikke kritisere, at selskabet havde krævet tilbagebetaling af tidligere udbetalte erstatninger.

Klageren indbragte sagen for Retten i Herning, der den 29/2 2024 frifandt selskabet. Af dommen fremgår bl.a.:

"Retten begrundelse og resultat

Det fremgår af oplysningerne i sagen, at sagsøgte inden forsikringstegningen hos sagsøger var forsikret i [tidligere forsikringsselskab], og at hun 3 år forud for udfyldelsen af de i sagen omhandlede bilag havde haft i alt 7 skader.

Retten lægger til grund, at sagsøgte ikke rettede den fortrykte oplysning om, at de personer, som skulle være omfattet af forsikringen, inden for de seneste 3 år havde anmeldt "0" skader.

Retten lægger desuden til grund, at sagsøgte var bekendt med, at "Urigtig besvarelse kan medføre bortfald af hele eller en del af retten til erstatning.", samt at hun med sin underskrift på dokumentet erklærede, at alle oplysninger var i overensstemmelse med de faktiske forhold, at intet forsikringstageren bekendt var fortiet, samt at hun var bekendt med, at urigtig besvarelse kunne medføre bortfald eller nedsettelse af en eventuel erstatning.

Herefter, og da det ikke findes godtgjort, at det mellem sagsøgte og sagsøger telefonisk blev aftalt, at sagsøger skulle undersøge hos [tidligere forsikringsselskab], hvor mange skader sagsøgte havde anmeldt de seneste 3 år, findes sagsøgte objektivt at have afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med tegningen af forsikringen, hvilket må tilregnes hende som i det mindste uagtsomt.

Da sagsøger har godtgjort, at selskabet i henhold til indtegningsreglerne ikke ville have tegnet sagsøgtes forsikringer ved korrekt oplysning om de forudgående skader hos [tidligere forsikringsselskab], findes forholdet omfattet af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1.

At sagsøgte i samtykkedokumentet har meddelt sagsøger tilladelse til at indhente oplysninger fra tidligere forsikringsselskaber medfører ikke i sig selv en pligt for sagsøger til at kontakte [tidligere forsikringsselskab]. Sagsøger findes herefter ikke at have været eller burde have været vidende om de rette forhold, ligesom sagsøger findes at have handlet uden unødigt ophold, efter at selskabet blev bekendt med oplysningerne.

Under hensyn til at sagsøgte har afgivet urigtigt svar på et klart og enkelt spørgsmål, findes der ikke at foreligge sådanne særlige omstændigheder, at forholdet bør henføres under forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3.

Herefter tages sagsøgers påstand til følge.

Retten finder ikke, at der foreligger sådanne særlige forhold, at tidspunktet for forrentning af kravet skal ændres.

Ankenævnet for Forsikring

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 35.000 kr. og af retsafgift med 4.500 kr., i alt 39.500 kr."

5.10. Sag 99326. Kritisk sygdom. Bevis for diagnosekriterium. Neuroborreliose/borrelia.

Danica Pension.

Klageren søgte den 10/11 2022 om udbetaling af sum ved kritisk sygdom for sygdommen neuroborreliose. Selskabet afviste at udbetale forsikringssummen under henvisning til, at klagerens sygdom ikke opfyldte forsikringsbetingelsernes diagnosekrav, idet der ikke var fundet borreliaspecifikke antistoffer (IgM/IgG) ved undersøgelse af klagerens rygmarvsvæske. Klageren anførte, at hun havde fået stillet diagnosen neuroborreliose på hospitalet, og at overlægen havde anført, at der ikke var tvivl om diagnosen. Nævnet fandt, at klageren ikke havde godtgjort, at hun opfyldte diagnosekravene for neuroborreliose og kunne ikke kritisere selskabets afgørelse.

Klageren indbragte sagen for byretten. Parterne har oplyst, at der efter domsafsigelse blev indgået forlig i sagen, som er fortroligt.

6. Domme og indenretlige forlig i sager, der ikke har været indbragt for nævnet.

Dommene, der er omtalt under pkt. 6, har ikke verseret for nævnet, men er medtaget, da de vurderes at have bredere interesse.

6.1. Retten i Koldings dom af 29/3 2022. Ejerskifteforsikring. Kælder, hvor der periodevist står blankt vand. Skadebegrebet. Sælgers ansvar.

Dansk Boligforsikring.

Dom fra Retten i Kolding om spørgsmålet, om ejerskifteforsikringselskabets/sælgers ansvar for, at der periodevist stod blankt vand i ejendommens kælder. Ejendommen var opført i 1955 og kælderen var udvidet og renoveret i 2008 (selvbyg). Byretten frifandt Dansk Boligforsikring og pålagde sælger at betale erstatning.

Af Retten i Koldings dom af 29/3 2022 fremgår:

Retten's begrundelse og resultat

Det lægges efter [forsikringstagerens] forklaring, der støttes af oplysningerne i skønsrapporterne, oplysningerne fra [husforsikringselskabet], herunder fugtrapporten fra Dansk Bygningskontrol A/S, og de fremlagte foto, til grund, at der i kælderen i ejendommen beliggende ... med jævne mellemrum trænger vand ind i kælderen, som i visse tilfælde har medført, at der står blankt vand på kældergulvet.

Efter skønsmandens bevarelse af spørgsmål 1 er det skønsmandens vurdering, at der tidligere har været vandindtrængen i kælderen. Det er ligeledes skønsmandens vurdering, at det ikke kan afvises, at der vil forekomme blankt vand i kælderen igen over tid. Desuden er det skønsmandens vurdering, at en stor årsag til det indtrængende vand skal findes i støbeskellet mellem gulv og de understøbte kældervægge samt det forhold, at der ikke er foretaget nogen form for fugtstop på udvendig side af kælderydervæggen. Det er også skønsmandens vurdering, at vandindtrængen er opstået under og i umiddelbar forlængelse af renoveringen af kælderen, hvilket efter [sælgerens] forklaring skete omkring 2008. Endelig anfører skønsmanden, at til trods for den generelle stigning af grundvandsspejlet, er det skønsmandens vurdering, at det opståede forhold hovedsagelig skyldes forhold i forbindelse med renoveringen af kælderen, som

Ankenævnet for Forsikring

har gjort kælderen mere sårbar for opstigende grundfugt, samtidig med at de anlagte udvendige afløbsforhold har tilført grundvandsspejlet under huset mere fugt/nedbør.

Ifølge oplysningerne fra [husforsikringsselskabet] var der også en vandskade i 2015, som skyldes opstigende grundfugt, og der er i sagen fremlagt bilag fra ... Murerforretning, Dansk Bygningskontrol Trekantområdet A/S, ... El ApS og Malermester ..., hvorefter der er indhentet tilbud og fremsendt faktura på håndtering og reetablering samt affugtning i 29 dage efter en vandskade i kælderen i 2015. Det fremgår af den supplerende skønsrapport, at det ved den supplerende skønsforretning blev aftalt, at parterne skulle indhente bilag vedrørende vandskaden fra 2015, hvilket ikke er sket. Efter rettens opfattelse må dette komme [sælgeren] bevismæssig til skade, da det er ham, der ville kunne indhente disse bilag.

Under disse omstændigheder lægger retten – efter oplysningerne i [husforsikringsselskabets] sag og den heri fremlagte fugtrapport, sammenholdt med oplysningerne i skønserklæringen – til grund, at problemerne med vand i kælderen i 2015 bl.a. også skyldes opstigende grundvand, og at det er de samme problemer, som tidligere ejer fra 2008 og frem og nuværende ejere har konstateret med kælderen.

Retten finder herefter, at der er mangler ved den gennemførte reovering af kælderen.

Påstanden overfor Dansk Boligforsikring A/S

På baggrund af skønserklæringen lægger retten til grund, at årsagerne til fugtproblemerne skyldes en kombination af generelt stigende grundvandsspejl, bygningsmæssige forhold i form af fejl i støbeskellet mellem gulv og de understøbte kældervægge, samt udvendige forhold i form af udvendige afløbsforhold og fejl ved faskinen, som har tilført grundvandsspejlet under huset mere fugt/nedbør, ligesom kælderen ikke på nogen måde er forsøgt fugtsikret via omfangsdræn eller lignende.

Det bemærkes herved, at de udvendige forhold ikke er omfattet af ejerskifteforsikringsdækningen jf. lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom mv. § 2, stk. 1, jf. stk. 6.

Det lægges til grund, at ejendommen med den oprindelig kælder blev opført i 1955, og at kælderen ikke efter reoveringen i 2008 blev eller kunne godkendes til beboelse. Retten finder herefter ikke, at [forsikringstagerne] har bevist, at kælderen ved reoveringen har skiftet status i et sådant omfang, at denne skal sammenlignes med kældre fra 2008. Kælderen skal herefter i forsikringsmæssig forstand sammenlignes med tilsvarende kældre fra 1955, hvor det må anses for et almindeligt accepteret forhold, at kunne opleves fugtgener og tilfælde af vandindtrængen gennem gulve og kældervægge. Det bemærkes herved, at det forhold, at der i perioder er konstateret blankt vand på kældergulvene, ikke i sig selv udgør en dækningsberettigende ejerforsikringsmæssig skade.

Herefter og da skadesårsagerne til vandindtrængen som ovenfor nævnt er en kombination af bygningsmæssige forhold og udvendige forhold, finder retten ikke, at [forsikringstagerne] har bevist, at der på overtagelsestidspunktet var konstruktionsmæssige eller fugtmæssige forhold ved kælderen, der udgjorde skade eller nærliggende risiko for skade i ejerskifteforsikringens forstand, jf. forsikringsbetingelserne punkt 3.1.

Ankenævnet for Forsikring

Retten tager herefter Dansk Boligforsikring A/S frifindelsespåstand til følge.

Påstanden overfor [sælgeren]

Uanset at handlen af ejendommen er omfattet af huseftersynsordningen, kan [forsikringstagerne] som køber påberåbe sig de udvendige forhold vedrørende afløbsforhold, faskine m.v. overfor [sælgeren], som sælger af ejendommen, jf. lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom m.v. § 2, stk. 1, jf. stk. 6, ligesom de efter bestemmelsens § 2, stk. 1, jf. stk. 5, 3. pkt. kan påberåbe sig de bygningsmæssige forhold, hvis [sælgeren] har handlet svigagtigt eller handlet groft uagtsomt.

Ejendommen er i salgsopstillingen af [sælgeren] solgt som en indflytningsklar og helt moderne begyndervilla i super kvalitet, og det fremgår, at kælderplanen er indrettet i boligkvalitet. Efter de fremlagte beviser finder retten det godt gjort, at den omhandlede ejendom lider af problemer i form af vandindtrængen og opfugtning i en grad, som ikke er normalt for en kælder i boligkvalitet, og vandindtrængningen har væsentlig betydning for kældrens anvendelighed. Det bemærkes herved også, at [forsikringstagerne] på baggrund af den på købstidspunktet verserende ansøgning om godkendelse af kælderen til beboelse, er blevet bibragt en berettiget forventning om, at kælderen i hvert fald var i nærheden af boligkvalitet.

Som overfor nævnt lægger retten til grund, at problemerne med vand i kælderen i 2015 bl.a. skyldes opstigende grundvand, og at det er de samme problemer, som tidligere og nuværende ejere har oplevet. Skønsmanden har ved besvarelsen i den supplerende skønserklæring i spørgsmål SS 2 vurderet, at hvis der i sælgers ejertid skulle have opstået forhold svarende helt eller delvis til de forhold, som ny ejer kan konstatere på ejendommen og forhold som kunne konstateres under afholdelse af skønsforretningen og den supplerende skønsforretning, ville disse forhold være nemt konstaterbare af sælger.

[Sælgeren] har i tilstandsrapporten af 3. marts 2016 – bare tre måneder efter vandskaden i december 2015 – overfor den bygningsagkyndig erklæret, at der ikke har været trængt vand gennem kælderydervægge eller op gennem gulvet, ligesom han har erklæret, at der ikke har været konstateret fugtproblemer i kælderen. Det bemærkes herved, at erklæringen i punkt 10.3 vedrører VVS-installationer og at de omtalte VVS-reparationer efter rør skade (vandskader) er angivet som udført udvendigt mellem garagen og huset.

Desuden har [sælgeren] erklæret, at alt tømrerarbejdet er udført som selvbyg, da han er tømrer, hvilket efter rettens opfattelse omvendt må forstås som om, at eventuelt murer- og understøbningsarbejde ikke var selvbyg. Efter [sælgerens] forklaring er det bevist, at han selv udførte arbejdet med udgravningen af kælderen og udførelsen af støbeskellet mellem gulv og de understøbte kældervægge. Uanset at [sælgeren] er uddannet tømmere, har understøbningsarbejdet en sådan karakter, at der har været tale om helt eller delvist selvbyg. Det forhold, at han i forbindelse med arbejdet har rådført sig med en murer, kan ikke føre til et andet resultat.

[Forsikringstagerne] fik ikke forud for købsaftalens indgåelse oplyst, at arbejdet med kælderen, herunder understøbningen var udført som selvbyg, ligesom de ikke fik oplyst, at der i december 2015 havde været en større vandskade inde i selve kælderen. Herefter finder retten efter en samlet vurdering af ovennævnte forhold, at [sælgeren] ved ikke at oplyse køberne om, at der var foretaget selvbyg, og at der så sent som

Ankenævnet for Forsikring

tre måneder før købsaftalens underskrift havde været en større vandskade i kælderen, i et sådant omfang har tilsidesat sin loyale oplysningspligt, at han derved i hvert fald har handlet groft uagtsomt, hvorefter han er han erstatningsansvarlige for forholdene.

Skønsmanden har vedrørende udbedringen af forholdene foreslået, at der sker genetablering af regnvandsfaskine under den nedgravede terrasse, og en tilkobling af gulv afløbet i kælderhalsen til en godkendt faskine. Hertil har skønsmanden foreslået omfangsdræn, samt fugtsikring og isolering af kælderyder-vægge.

Etablering af omfangsdræn udgør langt den største post i [forsikringstageres] påstandsbeløb. Ejendommen er ikke solgt med omfangsdræn og [forsikringstagerne] kan ikke på baggrund af oplysningerne i handlen have haft en berettiget forventning om, at der på ejendommen var etableret omfangsdræn. Etabling af omfangsdræn er en del af løsningen af fugtproblemerne, men er ikke et egentlig mangelfuldt forhold, og vil efter rettens opfattelse udgøre en klar forbedring af ejendommen, som [forsikringstagerne] ikke kan kræve erstattet af [sælgeren].

Retten finder heller ikke, at [forsikringstageres] tab kan opgøres til forskellene mellem købsprisen og skønsmandens [ejendomsmægler] vurdering, idet prisforskellen er så markant, at det ikke kan antages, at [sælgeren] ville have solgt ejendommen for denne pris.

Efter en sammenligning af skønsrapporten med [forsikringstageres] påstandsbeløb, finder retten herefter, at erstatningen må fastsættes skønsmæssigt, som efter en samlet vurdering skønsmæssigt kan fastsættes til 175.000 kr.

I dette omfang tager retten [forsikringstageres] påstand overfor til følge, ligesom retten på baggrund af resultatet frifinder [forsikringstagerne] for [sælgerens] selvstændige påstand.

Sagsomkostninger

Efter sagens resultat skal [forsikringstagerne] betale sagsomkostninger overfor Dansk Boligforsikring A/S, mens [sælgeren] skal betale sagsomkostninger til [forsikringstagerne] i forhold til det vundne beløb. Det fremgår, at [forsikringstagerne] har haft følgende positive omkostninger ved den isolerede bevisoptagelse:

Begæring isoleret bevisoptagelse	400 kr.
Gebyr Voldgiftsnævnet – forslag til skønsmand	2.500 kr.
Skønserklæring	28.000 kr.
Supplerende skønserklæring	27.400 kr.
Yderligere supplerende skønserklæring	15.000 kr.
I alt positive udlæg	73.300 kr.

Retten i Kolding traf ved kendelse af 14. juli 2020, som blev stadfæstet af Vestre Landsret ved kendelse af 2. september 2020, afgørelse om, at Dansk Boligforsikring A/S og [sælgeren] skulle dele disse omkostninger, og at de begge to i udgifter til [forsikringstageres] advokatbistand skulle betale 25.000 kr.

Ankenævnet for Forsikring

Både Dansk Boligforsikring A/S og [sælgeren] har således begge betalt 49.150 kr. i sagsomkostninger i forbindelse med den isolerede bevisoptagelse.

Retten har ved fastsættelsen af beløbet for dækning af rimelige udgifter til advokatbistand under denne efterfølgende sag taget hensyn til, at der allerede i forbindelse med den isolerede bevisoptagelse er tillagt salær for advokatbistand i forbindelse med syn og skøn.

I forholdet mellem [forsikringstagerne] og [sælgeren], skal [sælgeren] endelig afholde de udgifter ved den isolerede bevisoptagelse, som han allerede har betalt.

[Forsikringstagerne] skal selv afholde omkostninger på 11.000 kr. vedrørende syn og skøn med ejendoms-mægleren.

Herudover fastsætter retten sagsomkostningerne efter sagens værdi og forløb, så [sælgeren] til dækning af [forsikringstagerne] advokatudgifter under sagen skal betale 40.000 kr., og af retsafgift af det vunde beløb i medfør af retsafgiftslovens § 51, stk. 2, jf. den daværende retsafgiftslovs § 1 og 2 med 5.700 kr., i alt 45.700 kr.

I forholdet mellem [forsikringstagerne] og Dansk Boligforsikring A/S skal [forsikringstagerne] tilbagetale de 49.150 kr., som Dansk Boligforsikring A/S allerede har betalt til [forsikringstagerne]. Herefter fastsatte retten sagsomkostningerne efter sagens omfang og forløb til dækning af Dansk Boligforsikring A/S' rimelige advokatudgifter med 40.000 kr., og af øvrige udgifter med 49.150 kr., i alt 89.150 kr. Dansk Boligforsikring A/S er ikke momsregistreret."

6.2. Retten i Holbæks dom af 2/3 2023. Ejerskifteforsikring. Diverse skader. Planlagt arbejde. Skadebegrebet.

Dansk Boligforsikring.

Dom fra Retten i Holbæk om spørgsmålet, om ejerskifteforsikringsselskabets ansvar for en række anmeldte forhold. Ejendommen var opført i 1933 med en tilbygning fra 1974. Byretten pålagde Dansk Boligforsikring at dække nogle af forholdene.

Af Retten i Holbæks dom af 2/3 2023 fremgår:

Retten's begrundelse og resultat

Skade 1 – rotter i etageadskillelse og under gulve

Dansk Boligforsikring A/S har anerkendt dækningspligt for denne skade. Parternes tvist angår således alene erstatningens størrelse.

Af forsikringsbetingelsernes pkt. 5.1 og 5.2 fremgår, at erstatningen beregnes som nyværdierstatning, og at erstatningen fastsættes til det beløb, som det efter priserne på skadesdagen vil koste at reparere, genoprette eller genopføre det beskadigede ved brug af samme byggemåde og på samme sted.

Ankenævnet for Forsikring

Retten forstår det sådan, at [forsikringstageren] gør gældende, at erstatningen skal fastsættes til de af ham faktisk afholdte udgifter til udbedring af skaden. Udgifterne udgør efter det oplyste lige knap 1.056.340 kr. Dansk Boligforsikring A/S har – efter fradrag af selvrisiko på 5.000 kr. – allerede betalt 860.000 kr. til [forsikringstageren] for dækning af skade 1.

Retten bemærker, at den af [forsikringstageren] anvendte entreprenør for arbejdet med skade 1 har opgjort en timepris på 498 kr. (+ moms) for tømrerarbejde, og at der ifølge entreprenørens opgørelse er anvendt 1.127,5 tømrertimer på udbedring af skade 1. Dette må dog vurderes i sammenhæng med, at det af [selskabets eksterne ingeniørs] forklaring og rapport fremgår, at timeprisen for en tømrer ifølge opslag i de såkaldte prisbøger på skadestidspunktet udgjorde 380 kr. (+ moms).

I den af [forsikringstageren] ensidigt indhentede sagkyndige erklæring er udgiften til udbedring af skade 1 anslået til 1.187.500 kr. inkl. moms.

Den under retssagen udmeldte skønsmand har anslået de samlede udgifter til udbedring af skaden til at udgøre 800.000-935.000 kr. På baggrunden af skønsmandens svar på spørgsmål 1.2. må det lægges til grund, at der i hans estimat indgår udgifter til opbrydning og lægning af gulve i hele villaens stueplan samt nedtagning og opsætning af loft i næsten hele kælderen.

Erstatningen må efter de foreliggende omstændigheder fastsættes skønsmæssigt, og der er på ovenstående baggrund en betydelig usikkerhed om fastsættelsen af den korrekte erstatning. Hertil kommer, at [forsikringstageren] ikke har krav på dækning for dækning af udgifter til renoveringsarbejder, som han allerede inden skadens konstatering havde besluttet at udføre, idet sådanne udgifter ikke kan anses for et dækningsberettiget tab.

Efter bevisførelsen, herunder forklaringerne fra [...] og [forsikringstagerens tømrer] samt navnlig oplysningerne i bilag 4, må det lægges til grund, at forud for sin overtagelse af villaen, og således inden konstatering af skade 1, havde [forsikringstageren] planlagt en vis renovering af villaen. Navnlig på baggrund af bilag 4 må det lægges til grund, at den allerede planlagte renovering bl.a. omfattede opbankning af gulve i WC og badeværelse i stueplan (rum 4 og 5), fjernelse af eksisterende gulv i entréen, opbankning af gulv samt fjernelse af loft i badeværelse i kælderen, fjernelse af loft i flere af kælderrummene samt fjernelse af gulvet i i hvert fald ét kælderrum. Udgifterne hertil kan som nævnt ikke anses for at udgøre et dækningsberettiget tab. Retten er ikke sat i stand til at foretage en nærmere vurdering af omfanget af udgifterne hertil, men det findes ubetænkeligt at lægge til grund, at de nævnte udgifter udgør et ikke uvæsentligt beløb.

Dansk Boligforsikring A/S har for skade 1 som nævnt allerede betalt 860.000 kr., hvilket på nær 2.500 kr. og efter fradrag af selvrisiko svarer til medianen af skønsmandens anslåede udbedringsudgifter.

Som ovenfor anført består der efter bevisførelsen en betydelig usikkerhed om, hvad der må anses for den korrekte erstatning for skade 1. På den baggrund, og når henses til det anførte om ikke dækningsberettiget tab, finder retten efter en samlet vurdering, at [forsikringstageren] ikke har løftet sin bevisbyrde for, at han har krav på betaling af yderligere erstatning for skade 1. Hans krav herom tages derfor ikke til følge.

Ankenævnet for Forsikring

Skade 2 – underdimensioneret tagkonstruktion i køkken og entré

Efter forsikringsbetingelsernes punkt 3.1 dækkes udbedring af aktuelle skader samt fysiske forhold ved bygningerne, der giver nærliggende risiko for skader på de forsikrede bygninger eller bygningsdele.

Efter bevisførelsen, navnlig den indenretlige skønserklæring, lægger retten til grund, at tagkonstruktionen over køkkenet og entréen var nedbøjet og underdimensioneret, da [forsikringstageren] overtog villaen. Skønsmanden har i skønserklæringen anført, at der er risiko for kollaps af taget "på et tidspunkt" eller yderligere nedbøjning "over tid". Skønsmanden er ikke afhjemlet under hovedforhandlingen. Efter det oplyste må det lægges til grund, at tagspærkonstruktionen siden villaens opførelse i 1933 har fungeret med tilstrækkelig tagbæreevne, og det må, sådan som sagen foreligger oplyst, lægges til grund, at den underdimensionerede tagkonstruktion ikke har voldt skade på omkringliggende konstruktioner.

På den baggrund har [forsikringstageren] ikke løftet sin bevisbyrde for, at forsikringsbetingelsernes skadebegreb er opfyldt.

Dansk Boligforsikring A/S' e-mail af 2. august 2017 til [forsikringstageren] kan efter sit indhold og ordlyd ikke anses som et dækningstilsagn ud over det i e-mailen kulancemæssigt tilbudte beløb.

Herefter tages kravet vedrørende skade 2 ikke til følge.

Skade 3 – svampe- og insektskade i tagkonstruktionen i køkkenet

Som ovenfor anført fremgår det af forsikringsbetingelsernes pkt. 3.1, at forsikringen dækker aktuelle skader samt fysiske forhold ved bygningerne, der giver nærliggende risiko for skader på de forsikrede bygninger eller bygningsdele.

Skønsmanden har anført, at sodsværtningen/svampeangrebet på tagpladerne ikke i sig selv udgør risiko for konstruktionssvigt. Det er på denne baggrund ikke godtgjort, at denne del af skaden opfylder forsikringsbetingelsernes skadebegreb.

Skønsmanden har vurderet, at der ikke er tvivl om, at de insektangrebne områder svækker tagkonstruktionen og giver forøget risiko for konstruktionssvigt.

Dette må anses at være i overensstemmelse med, at Dansk Boligforsikring A/S' taksator i juni 2017 anførte om, at der i tagkonstruktionen sås nedbrud og insektangreb af konstruktiv betydning.

Skønsmanden har anført, at det under hensyn til de under skade 2 konstaterede forhold vil være rigtigt udskifte hele tagkonstruktionen. Skønsmanden, der ikke er afhjemlet under hovedforhandlingen, ses ikke at have forholdt sig til, hvad udgiften til udbedring af insektskaderne isoleret ville beløbe sig til.

Husforsikringsselskabet, hvis taksator har besigtiget forholdene i juli 2017, har vurderet, udgifterne til udbedringen af skaden efter insektangrebet ikke ville overstige 5.000 kr. Skader under 5.000 kr. er ikke omfattet af ejerskifteforsikringen, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 3.4.

Ankenævnet for Forsikring

Under disse omstændigheder er det ikke godtgjort, at udgifterne til udbedring af den dækningsberettigede skade oversteg 5.000 kr. Der er herefter ikke grundlag for at tage kravet vedrørende skade 3 til følge.

Skade 4 – fugt og vandindtrængen i sokkel under stuegulv

I forsikringsbetingelserne er begrebet skade defineret som 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.

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 2.2, at forhold uden for bygningen eller forhold, der ikke er omfattet af huseftersynet, herunder omfangsdræn, ikke er omfattet af forsikringen.

Skønsmanden har anført, at det er sandsynligt, at villaen på overtagelsestidspunktet havde fugt- og vandindtrængen i soklen ved stuen. Skønsmanden har videre anført, at årsagen hertil er, at der ikke var fugtspærre i soklen, og at det udendørs terræn ligger over villaens stuegulvsniveau. Skønsmanden har anført, at forholdet udbedres ved at etablere en fugtspærring udvendig og i væggen/fundamentet, samt at der evt. også skal ske udvendig dræning med henblik på bortledning af regnvand fra bygningen.

Retten forstår skønsmandens besvarelse sådan, at en del af årsagen til de konstaterede problemer med fugt- og vandindtrængen skyldes villaens placering ift. terrænet, og at udbedring af problemerne evt. indbefatter etablering af omfangsdræn.

Sådanne forhold er ifølge forsikringsbetingelserne ikke omfattet af forsikringsdækningen.

[Forsikringstageren] har, sådan som sagen foreligger til pådømmelse, ikke godtgjort, at indtrængende fugt i soklen på grund af evt. manglende eller uvirksom fugtspærre er usædvanligt forekommende i en villa fra 1933. [Forsikringstageren] har således ikke løftet sin bevisbyrde for, at forsikringsbetingelsernes skadebegreb er opfyldt.

Der er herefter ikke grundlag for at tage kravet vedrørende skade 4 til følge.

Skade 5 – utætte varmerør under stuegulv

Efter skadens karakter og henset til skønsmandens besvarelse af spørgsmål 5.0 og 5.1 finder retten, at der er tale om en skade omfattet af ejerskifteforsikringens dækning, jf. herved forsikringsbetingelsernes punkt 3.1.

Af forsikringsbetingelsernes punkt 5.1 og 5.2 fremgår, at erstatningen beregnes som nyværdierstatning, og at erstatningen fastsættes til det beløb, som det efter priserne på skadesdagen vil koste at reparere, genoprette eller genopføre det beskadigede ved brug af samme byggemåde og på samme sted. [Forsikringstageren] har anerkendt, at der for denne skade skal ske afskrivning med 22 % i erstatningen for slid og ælde.

Ankenævnet for Forsikring

Skønsmanden har anslået udbedringsudgiften til at udgøre 10-15.000 kr. inkl. reetablering af gulvet. Medianen for skønsmandens anslåede udgifter udgør 12.500 kr., hvilket efter den anerkendte afskrivning udgør 9.750 kr.

I skønsmandens estimat indgår som nævnt udgifter til reetablering af gulvet. Denne udgift må imidlertid allerede anses for dækket under skade 1 og kan således ikke også erstattes under skade 5. Skønsmanden har i sit skriftlige estimat ikke særskilt opgjort udgiften til reetableringen af gulvet og skønsmanden er ikke afhjælet under hovedforhandlingen.

På ovenstående baggrund er der således en betydelig usikkerhed om, hvorvidt den erstatning, der kan kræves betalt for skade 5 udgør mere end 5.000 kr., der er selvriskoen, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 8. Retten finder på den baggrund, at [forsikringstageren] ikke har løftet sin bevisbyrde for, at han har krav på, at Dansk Boligforsikring A/S skal betale ham erstatning for skade 5.

Skade 6 - gennemtæret jernbjælke i murværk

Dansk Boligforsikring A/S har anerkendt dækningspligt for denne skade. Parternes tvist angår således udelukkende erstatningens størrelse.

Af forsikringsbetingelsernes pkt. 5.1 og 5.2 fremgår, at erstatningen beregnes som nyværdierstatning, og at erstatningen fastsættes til det beløb, som det efter priserne på skadedagen vil koste at reparere, genoprette eller genopføre det beskadigede ved brug af samme byggemåde og på samme sted.

[Forsikringstageren] har anerkendt, at der i erstatningen skal ske afskrivning med 22 % på grund af slid og ælde.

Retten lægger til grund, at skønsmanden har estimeret, at udgiften til ubedring af skaden i april 2021 ville udgøre 100-125.000 kr. [Forsikringstagerens tømrer] har i september 2017 skriftligt anslået, at skaden – når bortses fra udgift til ingeniør – kunne ubedres for ca. 100.000 kr. Den af Dansk Boligforsikring A/S antagne ingeniør, [selskabets eksterne ingeniør], har i sin taksatorrapport fra november 2017 anslået, at skaden kunne ubedres for 70.250 kr., og hun har under hovedforhandlingen redegjort for baggrunden for sit estimat.

På denne baggrund er der efter bevisførelsen en vis usikkerhed om erstatningsfastsættelsen. Herefter, og når henses til, at [selskabets eksterne ingeniør] var antaget af Dansk Boligforsikring A/S, finder retten efter en samlet vurdering, at erstatningen skønsmæssigt må fastsættes med udgangspunktet i medianen af skønsmandens estimat, hvilket udgør 112.500 kr. Retten finder det dog ubetænkeligt at lægge til grund, at der er sket en vis prisstigning på de omfattede arbejder og materialer fra juni 2017 til april 2021, hvorfor retten efter en skønsmæssig vurdering finder, at erstatningen før afskrivning skal fastsættes til 100.000 kr.

Ankenævnet for Forsikring

Efter den anerkendte afskrivning på 22% udgør erstatningen 78.000 kr. Fra dette beløb skal fratrækkes den efter fradrag af selvrisiko allerede udbetalte erstatning på 49.795 kr. På denne baggrund tages kravet vedrørende skade 6 til følge med 28.205 kr.

Retten forstår det sådan, at Dansk Boligforsikring A/S har betalt procesrente af den allerede udbetalte erstatningssum for skade 6 fra den 1. juli 2018. Dansk Boligforsikring A/S har under hovedforhandlingen ikke bestridt, at evt. yderligere krav for denne skade også skal forrentes fra den 1. juli 2018. Retten tager på den baggrund [forsikringstagerens] påstand om forrentning til følge vedrørende skade

Skade 7 – deformede og defekte træspær over stue

Dansk Boligforsikring A/S har anerkendt dækningspligt for denne skade. Parternes tvist angår således udelukkende erstatningens størrelse. Dansk Boligforsikring A/S har allerede betalt 46.250 kr. til [forsikringstageren] samt rente heraf. Beløbet er opgjort som halvdelen af medianen af skønsmandens estimat (102.500 kr.) fratrukket selvriskoen på 5.000 kr.

Af forsikringsbetingelsernes pkt. 5.1 og 5.2 fremgår, at erstatningen beregnes som nyværdierstatning, og at erstatningen fastsættes til det beløb, som det efter priserne på skadedagen vil koste at reparere, genoprette eller genopføre det beskadigede ved brug af samme byggemåde og på samme sted.

Efter de foreliggende omstændigheder må erstatningen fastsættes skønsmæssigt.

Opgørelsen fra [klagerens tømrer] af 5. oktober 2017 med en samlet pris på godt 212.000 kr. inkl. moms indeholder bl.a. arbejde med udskiftning af tagpap. Parterne er enige om, at udgiften hertil ikke er dækningsberettiget. Endvidere indeholder opgørelsen andre arbejder, herunder murer-, tømrer- og blikkenslagerarbejde på murkronen. Parterne er enige om, at heller ikke udgifterne hertil skal dækkes af ejerskifteforsikringen. På den baggrund, og henset til opgørelsens indhold i øvrigt, finder retten, at opgørelsen fra [klagerens tømrer] ikke i sig selv kan danne grundlag for udmålingen af erstatningen.

Ved erstatningsudmålingen finder retten derimod at måtte tage udgangspunkt i medianen af skønsmandens estimat. Sådan som sagen foreligger oplyst lægger retten imidlertid til grund, at skønsmandens estimat vedrører udgiften til udbedring i april 2021, og at der i hans estimat er medregnet udgifter til fjernelse af tagpap, hvilken udgift der som nævnt er enighed om ikke kan kræves dækket af ejerskifteforsikringen. Udgiften hertil må således fratrækkes fra skønsmandens estimat. Af [klagerens tømrers] forklaring kan udledes, at udgiften til fjernelse af det gamle tagpap udgør godt 41.000 kr. inkl. moms. Det er endvidere usikkert, om der i skønsmandens estimat er indregnet udgifter til stillads. I den forbindelse bemærkes, at [?] har forklaret, at det var nødvendigt at opsætte stillads af hensyn til det allerede planlagte arbejde med udskiftning af tagpap og andre planlagte arbejder.

Retten finder det ubetænkeligt at lægge til grund, at der er sket en vis prisstigning på de omfattede arbejder og materialer fra juni 2017 til april 2021. Herefter, og når der i øvrigt henses til det ovenfor anførte, herunder, at der fra skønsmandens estimat skal fratrækkes et beløb til fjernelse af tagpap, finder retten efter en samlet vurdering, at [forsikringstageren] ikke har løftet sin bevisbyrde for, at han har krav på yderligere erstatning for skade 7. Kravet herom tages derfor ikke til følge.

Ankenævnet for Forsikring

Skade 8 – vandindtrængen i depot og under trappe i underetagen

Retten forstår det sådan, at [forsikringstageren] ikke har gjort gældende, at der skal ske forsikringsdækning under henvisning til den udvidede forsikringsdækning af ulovlige bygningsindretninger, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 16.1.

De omhandlede skader er sket i kælderens til tilbygningen og begge de nævnte bygningsdele er opført i 1974.

På baggrund af skønsmandens besvarelse af spørgsmål 8.0 og 8.1 samt Dansk Boligforsikring A/S' besigtigelsesnotat af 5. juli 2017 må det lægges til grund, at årsagen til de omhandlede skader skyldes, at vand/fugt trængte ind udefra. Det lægges på samme grundlag videre til grund, at årsagen til fugtindtrængningen dels var, at kælderydermurene ikke var fugtsikret, og dels at der ikke var udvendigt omfangsdræn.

Det må på ovenstående baggrund lægges til grund, at forholdene ikke overholdt de dagældende krav i BR72. Skønsmanden har anført, at der ses indvendige fugtskader, og har vurderet, at skaden er så omfattende, at der er risiko for følgeskader i form af konstruktionssvigt samt risiko for, at ejendommen beskadiges og bliver sundhedsmæssig ubeboelig. Retten finder på den baggrund, at [forsikringstageren] har godtgjort, at der er tale om en skade i forsikringsbetingelsernes forstand.

Skønsmanden har oplyst, at håndværksmæssig korrekt udbedring af forholdene vil bestå i etablering af "...udvendigt dræn og fugtsikring" samt bortledning af vandet, og har skønnet, at udgiften hertil samlet udgør 130-160.000 kr.

Ejerskifteforsikringen omfatter imidlertid ikke forhold uden for bygningen, herunder omfangsdræn, hvorfor Dansk Boligforsikring A/S ikke kan pålægges at afholde udgifter til etablering heraf.

Skønsmanden er ikke afhjemlet under hovedforhandlingen og retten er, sådan som sagen i øvrigt foreligger til pådømmelse, på ingen måde sat i stand til på forsvarlig måde at foretage et skøn over størrelsen af de nødvendige dækningsberettigede udgifter. Under disse omstændigheder kan retten herefter ikke tage nogen del af kravet vedrørende skade 8 til følge.

Krav 9 - erstatning for afholdte udgifter til undersøgelser

Efter forsikringsbetingelsernes punkt 3.6.2 dækkes rimelige og nødvendige udgifter til teknisk bistand i forbindelse med konstatering og afdækning af et dækningsberettigende forhold. Videre fremgår, at dækning forudsætter, at udgifterne afholdes efter aftale med forsikringsselskabet.

Sådan som sagen foreligger til pådømmelse finder retten ikke grundlag for at fastslå, at det i den forstand, der omhandles i forsikringsbetingelserne, har været nødvendigt for [forsikringstageren] at afholde de omhandlede udgifter til indhentelse af en sagkyndig erklæring via Teknologisk Institut. Det bemærkes i den sammenhæng, at der netop blev afholdt indenretligt syn og skøn i forbindelse med nærværende retssag.

Ankenævnet for Forsikring

Udgiften til den af antagne ingeniør er udokumenteret. Hertil kommer, at udgiften, henset til den af [selskabets eksterne ingeniørs] forklaring og hendes vurdering og rapport, ikke kan anses for nødvendig i forsikringsbetingelsernes forstand.

Herefter, og da i øvrigt ingen af de afholde udgifter er afholdt efter forudgående aftale med ejerskifteforsikringsselskabet, er der ikke grundlag for at pålægge Dansk Boligforsikring A/S at erstatte de omhandlede udgifter.

Krav 10 – erstatning for genhusnings- og flytteomkostninger

Af forsikringsbetingelsernes punkt 3.6 sammenholdt med punkt 3.6.3 fremgår, at ejerskifteforsikringen ved dækningsberettigende forhold også dækker rimelige og nødvendige merudgifter til genhusning i op til 12 måneder, hvis ubedringen af et dækningsberettigende forhold gør huset ubeboeligt.

Det fremsatte krav vedrører udgifter til genhusning i perioden fra den 1. september 2017 til og med februar 2018 og den økonomiske opgørelse af kravet er ubestridt.

Henset til omfanget og karakteren af skade 1 sammenholdt med de af skønsmanden anviste nødvendige ubedringsforanstaltninger, der bl.a. indbefatter en næsten totalrydning af villaens gulve, finder retten det tilstrækkeligt godtgjort, at ubedringen af skade 1 i en vis periode har gjort villaen ubeboelig.

Imidlertid må det efter bevisførelsen lægges til grund, at forud for sin overtagelse af villaen havde planlagt og i den omhandlede periode også gennemførte ikke ubetydelige renoveringsarbejder i villaen. Skønsmanden er ikke blevet anmodet om at forholde sig til, hvor lang tid ubedringen af skade 1 måtte antages at ville vare. Retten finder ikke at kunne afvise, at i hvert fald en del af de krævede udgifter til genhusning må tilskrives forhold, der ikke vedrører ubedring af dækningsberettigede skader.

Retten finder på den baggrund efter en samlet skønsmæssig vurdering, at [forsikringstageren] har krav på erstatning for udgifter til genhusning i perioden fra 1. september 2017 til og med december 2017. Udgifterne for genhusning i denne periode udgør ubestridt 74.000 kr. i lejeudgifter samt 67.000 kr. i udgifter til flytning og opbevaring af indbo. Det er ikke gjort gældende, at udgifterne må anses for urimelige. Herefter tages denne del af [forsikringstagerens] krav til følge med 141.000 kr.

Kravet er efter det oplyste først fremsat ved processkrift 1 af 29. marts 2022, hvorfor beløbet tillægges rente fra denne dag.

Krav 11 – erstatning for afholdte sagsomkostninger

Det er oplyst, at Retten i Lyngbys afgørelse om sagsomkostninger er endelig.

Der er således truffet en endelig og retskraftig afgørelse vedrørende de omhandlede sagsomkostninger. Der er herefter ikke grundlag for under nærværende sag at pålægge Dansk Boligforsikring A/S at tilbagebetale det omhandlede beløb. Kravet tages derfor ikke til følge.

Sagsomkostninger

Ankenævnet for Forsikring

Ved sagens anlæg nedlagde [forsikringstageren] påstand om betaling af 500.000 kr.

Påstanden blev ved processkrift af 29. marts 2022 ændret til betaling af 2.529.530 kr. Ved processkrift af 10. oktober 2022 blev påstanden nedsat til 1.739.680 kr., mens påstanden i påstandsdokumentet blev yderligere nedsat til 1.343.850 kr. Ved hovedforhandlingens afslutning blev påstanden endeligt nedsat til 1.277.016 kr.

Efter sagens anlæg, men inden hovedforhandlingen, har Dansk Boligforsikring A/S for skade 1, 6 og 7 betalt i alt 956.045 kr. til [forsikringstageren].

Ved dommen har [forsikringstageren] fået medhold for et beløb på ca. 13 % ift. den endelige påstand, men har samlet efter sagsanlæg fået medhold for 1.125.250 kr. Det har været nødvendigt for [forsikringstageren] at anlægge sag for at få medhold ift. dette beløb.

Begge parter må herefter anses for at have vundet for en del og tabt for en del af sagen, jf. retsplejelovens § 313, stk. 1.

På den baggrund finder retten, at ingen af parterne skal betale omkostninger til advokatbistand til den anden part, mens retsafgiften og udgifterne til bevisførelse skal deles ligeligt mellem parterne.

Dansk Boligforsikring A/S har haft udgifter på 2.793,75 kr. til vidneførelse og retten lægger til grund, at selskabet har afholdt 7.843,75 kr. i udgift vedrørende indenretligt syn og skøn. [Forsikringstageren] ses ikke at have opgjort sine udgifter til bevisførelsen, men retten lægger til grund, at han i hvert fald har afholdt udgifter på i alt 57.945,32 kr. vedrørende indenretligt syn og skøn. Retsafgiften af det i alt vundne beløb udgør 16.010 kr.

Herefter skal Dansk Boligforsikring A/S betale 31.658,91 kr. i sagsomkostninger til [forsikringstageren]"

6.3. Retten i Lyngbys dom af 9/2 2024. Erhvervsevnetabsforsikring. Observation.

Danica.

Dom fra Retten i Lyngby om selskabet var berettiget til at standse udbetalingen af helbredsbedingede ydelser pr. 1/9 2019, om selskabet kan kræve tilbagebetaling af ydelser fra 1/11 2016, om selskabet kan ophæve erhvervsevnetabsforsikringen, og om et forlig indgået i 2016 er bortfaldet. Byretten frifandt Danica og pålagde forsikringstageren at tilbagebetale ydelser fra 1/11 2016.

Af Retten i Lyngbys dom af 9/2 2024 fremgår:

Retten's begrundelse og resultat

[Forsikringstageren] har fra den 23. august 2006 og indtil Danica Pension stoppede udbetalingerne pr. 1. september 2019 modtaget månedlige ydelser for tabt erhvervsevne samt præmiefrigørelse.

De spørgsmål, der skal tages stilling til i denne sag, er, om Danica Pension har krav på tilbagebetaling af de ydelser, der er udbetalt fra 1. november 2016 og frem, om [forsikringstageren] har ret til at modtage ydelser fra 1. september 2019 og fremefter, og om Danica Pension har været berettiget til at ophæve

Ankenævnet for Forsikring

[forsikringstagerens] forsikringsordning. Der skal endvidere tages stilling til, om et i 2016 indgået forlig mellem [forsikringstageren] og SEB Pension, (nu Danica Pension), er bortfaldet.

Danica Pensions anbringender er i al væsentlighed, at [forsikringstageren] ikke har godtgjort, at [forsikringstageren] opfylder forsikringsbetingelsernes krav om, at [forsikringstageren] af helbredsmæssige grunde ikke er og var i stand til at have en indtjening, der overstiger grænserne i forsikringsbetingelserne. Danica Pension har videre gjort gældende, at [forsikringstageren] har handlet illoyalt.

I det seneste spørgeskema, som [forsikringstagerens læge] har udfyldt med helbredsoplysninger til Danica Pension dateret den 16. maj 2018, oplyste [lægen] at [forsikringstageren] havde ”problemer med hukommelse og koncentration, rygsmerter/skuldersmerter og mangel på søvn pga. rls tarmproblemer”.

De lidelser, som har dannet grundlag for udbetalingerne, nemlig smerter, manglende bevægelighed i nakke og skulder samt koncentrations- og hukommelsesproblemer er af en sådan karakter, at de ikke lægeligt kan konstateres objektivt, men i al væsentlighed bygger på [forsikringstagerens] egne oplysninger til lægerne og på [forsikringstagerens] reaktioner under undersøgelserne. De fremlagte speciallægeerklæringer, der vurderer, at [forsikringstageren] har væsentlig nedsat erhvervsevne, kan derfor kun tillægges betydning, hvis der er tillid til, at [forsikringstageren] loyalt har oplyst lægerne om sin tilstand.

Den seneste speciallægeerklæring er udarbejdet af speciallæge i neurokirogi ... den 3. maj 2017. Erklæringen er udarbejdet efter [forsikringstageren] samme dag var til undersøgelse hos speciallægen på ... Hospital.

Om dette hospitalsbesøg og de følgende dage ved vi følgende:

Ved besøget på hospitalet gik [forsikringstageren] langsomt, let forarbejdet støttet af en ... Efter besøget satte [forsikringstageren] sig meget forsigtigt og med besvær ind på førersædet i sin bil.

SEB Pension modtog kort tid efter et brev underskrevet af en ... til [forsikringstageren] som oplyste, at [forsikringstageren] efter besøget på hospitalet havde måtte ligge i sengen.

Ugen efter oplyste [forsikringstageren] telefonisk til en medarbejder fra SEB Pension, at [forsikringstageren] efter hospitalsbesøget var blevet rigtigt dårlig og havde kastet op på vej ud til sin bil, og at ... der havde støttet [forsikringstageren] havde passet [forsikringstagerens] barn den følgende uge, da [forsikringstageren] selv havde det så skidt, at [forsikringstageren] lå i sengen.

En i retten forevist video viser, at [forsikringstageren] ikke kastede op på vej ud til bilen.

... har under denne sag forklaret, at ... ikke så [forsikringstageren] de følgende dage, men [forsikringstageren] havde sagt, at [forsikringstageren] lå i sengen.

Det fremgår af overvågningsvideoer og observationsrapporter fra de følgende dage, at [forsikringstageren] den 4. maj 2017 gik ubesværet og i rask gang bærende på forskellige kasser herunder flyttekasser foran sin bopæl, at [forsikringstageren] den 5. maj 2017 gik ubesværet tur med sin ... og ubesværet bøjede

Ankenævnet for Forsikring

sig ned for at samle hundeefterladenskaber op, samtidig med at [forsikringstageren] talte i mobiltelefon, og at [forsikringstageren] samme dag deltog i et 6 timers kursus i ..., at [forsikringstageren] den 6. maj 2017 igen bar flyttekasser foran sin bopæl, og at [forsikringstageren] den 9. maj 2017 deltog i et årsmøde i ... hvorefter i en lille time gik omkring på iført ... med en pose og rygsæk og meget af tiden talte i mobiltelefon.

Som det fremgår af præmisserne til Højesterets dom U2017.214 er det et spørgsmål af lægefaglig karakter, om de aktiviteter, som en forsikringstager har foretaget, er uforenelige med oplysningerne i erklæringerne fra speciallægerne, og at Retslægerådets vurdering heraf må lægges til grund.

I denne sag har Retslægerådet imidlertid ikke udtalt sig.

Retten finder herefter på grundlag af de foreviste overvågningsvideoer, at der er en sådan diskrepans mellem [forsikringstagerens] egne oplysninger om sin tilstand givet til lægerne og til forsikringsselskaberne og det, der fremgår af overvågningerne, at [forsikringstageren] ikke har løftet bevisbyrden for, at [forsikringstageren] fortsat har krav på udbetaling af ydelser for tab af erhvervsevne.

Retten finder videre, at [forsikringstageren] både som følge af denne diskrepans og som følge af, at [forsikringstageren] ikke har informeret Danica Pension om, at [forsikringstageren] i 2016 indgik en forligsmæssig aftale med SEB Pension om, at udbetalingen af erhvervsudygtighedsydelse fra dette selskab skulle ophøre, har handlet illoyalt i et sådant omfang, at Danica Pension har været berettiget til at ophæve pensionsaftalen.

Spørgsmålet er herefter, om [forsikringstageren] er forpligtet til at tilbagebetale allerede udbetalte ydelser modtaget frem til den 1. september 2019 og i bekræftende fald fra hvilken periode. Danica Pension har krævet tilbagebetaling fra den 1. november 2016, som er sammenfaldende med, at [forsikringstageren] første gang af SEB Pension blev observeret under et besøg på ... Hospital, hvor [forsikringstageren] sås meget dårligt gående i langsomt tempo med let forover bøjning, ligesom holdt sig på maven med den ene hånd, medens [forsikringstageren] i takt med, at [forsikringstageren] kom længere og længere væk fra den afdeling, hvor undersøgelsen fandt sted, gik mere normalt. Ved den følgende observation den 1. december 2016 gik [forsikringstageren] ubesværet og uhindret og i rask tempo.

Retten finder derfor, at [forsikringstageren] ikke har løftet bevisbyrden for, at [forsikringstageren] fra dette tidspunkt stadig har været berettiget til at modtage erhvervsudygtighedsydelse. Selv om det normalt påhviler forsikringsselskabet at godtgøre, at der er indtruffet en bedring af forsikringstagerens forhold, som fører til, at forsikringstageren ikke længere har et dækningsberettiget erhvervsevnetab, findes dette ikke at være tilfældet i en situation, hvor standsningen af udbetalingen skyldes forsikringstagerens illoyalitet. Retten finder derfor, at der er tilstrækkeligt grundlag for at pålægge [forsikringstageren] at tilbagebetale ydelser som krævet af Danica Pension.

Det sidste spørgsmål, der skal tages stilling til, er, om det forlig, der blev indgået den 12. januar 2018 mellem SEB Pension (nu Danica Pension) og [forsikringstageren] er bortfaldet som følge af Danica

Ankenævnet for Forsikring

Pensions brud på forligets bestemmelse, hvorefter: "Såvel forligets baggrund og indhold er for begge parter fortroligt." Forliget er af Danica Pension påberåbt i denne sag.

Retten finder, at da SEB Pension er fusioneret ind i Danica Pension, er det ikke et brud på fortrolighedsbestemmelsen, at Danica Pension er blevet bekendt med og har påberåbt sig forliget, der ikke dermed er blevet kendt af tredjemænd.

Af disse grunde afsiges der i dom i overensstemmelse med Danica Pensions påstande.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 300.000 kr. og af retsafgift med 21.560 kr. i alt 321.560 kr."

6.4. Retten i Odenses dom af 17/6 2024. Retshjælpsforsikring. Nævnsundtagelse. Huslejenævn.

GF Forsikring

Principiel dom om spørgsmålet, om der bestod en sådan branchekutyme, at forsikringssselskaberne var forpligtet til at yde retshjælpsdækning til huslejenævnsager. Selv om det udtrykkeligt fremgår af forsikringsbetingelserne – at sager, der kan behandles ved nævn, ikke kan opnå retshjælpsdækning. Forsikringstageren opgav sagen og hævede anken ved Østre Landsret. Byrettens dom står derfor ved magt.

Af Retten i Odenses dom af 17/6 2024 fremgår:

Retten's begrundelse og resultat

Efter ordlyden af forsikringsbetingelsernes afsnit 3.3 og afsnit 7.d fremgår det klart, at forsikringstageren er forpligtet til først at benytte muligheden for tvistløsning ved et klagensævn, og at omkostninger til klagensævnbehandling ikke dækkes af retshjælpsforsikringen. Tvister ved huslejenævn må umiddelbart anses for omfattet af denne undtagelse fra retshjælpsdækningen.

Spørgsmålet i sagen er, om GF Forsikring A/S trods dette er forpligtet til at yde retshjælpsdækning. [Forsikringstageren] bærer bevisbyrden for dette. Bevisbyrden skærpes i og med, at der foreligger en aftale mellem parterne, hvis ordlyd klart støtter, at tvister for huslejenævn er undtaget retshjælpsdækningen. Desuden har Forsikring og Pension i responsum af 20. juli 2021 til Ankenævnet for Forsikring [i sag 95063] udtalt, at der ikke efter 2001 var en fast branchekutyme/sædvane om at yde retshjælpsdækning til tvister ved huslejenævnene.

Dommerne ... og ... (kst.) udtaler herefter:

Den omstændighed, at GF Forsikring A/S såvel som mange andre forsikringssselskaber efter 2001 og så sent som 2021 i en lang række tilfælde har meddelt tilsagn om retshjælpsdækning til tvister i huslejenævnet, medfører efter vores opfattelse ikke, at GF Forsikring A/S var afskåret fra at afslå at yde dækning til denne type tvister.

Vi lægger herved navnlig vægt på, at Forsikring & Pension i responsum af 20. juli 2021 klart har svaret nej til, at der efter 2001 fandtes en fast branchekutyme om retshjælpsdækning. Der foreligger ikke oplysninger om det datagrundlag, som responsummet er baseret på, og de af [forsikringstageren] anførte mulige

Ankenævnet for Forsikring

forsikringsøkonomiske interesser giver heller ikke grundlag for at betvivle responsumudvalgets autoritet og legitimitet.

Vi finder, at de af [forsikringstageren] fremlagte tilsagn om retshjælpsdækning fra en række forsikrings-selskaber, uanset at der herunder er tale om større aktører på markedet for privatforsikring, hverken i sig selv eller sammen med vidneforklaringerne eller bevisførelsen i øvrigt udgør tilstrækkeligt bevis for, at tilsagnene er udtryk for en fast praksis, der er bindende. Det kan i den sammenhæng ikke anses for afgørende, om det i enkelte tilsagn er oplyst, at der meddeles tilsagn kulancemæssigt eller efter en retlig forpligtelse. Kulancemæssig dækning medfører ikke en retlig forpligtelse for de enkelte forsikrings-selskaber endside for andre forsikrings-selskaber til også at yde en sådan dækning fremadrettet. Denne forståelse af tilsagnene må endvidere anses som den mest nærliggende, når henses til at alle kommuner siden 2001 har haft et huslejenævn, og at det reelle grundlag for – i strid med forsikringsbetingelsernes klare ordlyd – at yde retshjælpsdækning i huslejenævns-sager bortfaldt fra dette tidspunkt.

Hertil kommer, at det efter bevisførelsen kan lægges til grund, at de fleste forsikrings-selskaber, herunder GF Forsikring A/S, var gået over til at afslå at yde retshjælpsdækning i huslejenævns-sager forud for, at [forsikringstageren] den 25. februar 2022 søgte retshjælpsdækning. Branchekutymen var således under alle omstændigheder ophørt på dette tidspunkt, og en eventuel retlig forpligtelse for GF Forsikring A/S ophørte senest samtidig med ophøret af branchekutymen, hvorved bemærkes, at det er vores opfattelse, at håndhævelsen også i huslejenævns-sager af den udtrykkelige dækningsundtagelse i forsikringsbetingel-sernes punkt 3.3 og 7.d ikke udgjorde en ændring af forsikringsaftalen til ugunst for forbrugeren, som krævede varsling eller formel ændringsprocedure i øvrigt.

På denne baggrund finder vi, at [forsikringstageren] ikke har løftet bevisbyrden for, at der efter 2001 fort-sat fandtes en branchekutyme, som forpligtede GF Forsikring A/S til at give tilsagn om retshjælpsdækning til [forsikringstagerens] tvist i huslejenævnet.

Vi stemmer derfor for at tage GF Forsikring A/S' frifindelsespåstand til følge.

Dommer ... udtaler:

Der er enighed om, at der i hvert fald historisk har været en branchekutyme blandt danske forsikrings-selskaber om at dække retshjælpsforsikringskunders advokatudgifter i forbindelse med behandling af tvister for huslejenævn, selv om dette er i strid med forsikringsbetingelsernes ordlyd, jf. pkt. 3.3 og pkt. 7, litra d). Eksistensen af en historisk branchekutyme er bekræftet af Forsikring & Pension i deres responsum.

I Forsikring & Pensions responsum er det anført, at den nævnte kutyme ikke længere eksisterer, idet den blev forladt i forbindelse med oprettelse af huslejenævn i alle landets kommuner i 2001. Over for dette har [forsikringstageren] henvist til et stort antal tilsagn til andre klienter hos hendes advokats kontor om retshjælpsdækning til netop tvister ved huslejenævn. Det drejer sig om 370 forsikringstilsagn, som over-vejende er givet i årene fra 2019 til 2021 og dermed i tidsmæssig forbindelse med responsumudvalgets besvarelse. Tilsagnene hidrører fra en bred kreds af forsikrings-selskaber og herunder selskaber, der er kendt som de største på markedet for privatforsikringer i Danmark. Det kan efter advokat ... forklaring lægges til grund, at en stor del af hans indtjening som advokat i de nævnte år hidrørte fra retshjælpsdæk-ning til huslejenævns-tvister, og efter forklaringerne fra advokatfuldmægtig ... og advokat ... kan det lægges

Ankenævnet for Forsikring

til grund, at det samme har været tilfældet for deres vedkommende. [Forsikringstageren] har desuden bl.a. henvist til materiale benævnt "Kort intro til retshjælp i praksis" udarbejdet af Alm. Brand Forsikring og dateret 21. november 2019. Det er heri anført, at der ydes forsikringsmæssig dækning til huslejenævns-sager, og som årsag er angivet: "Bindende kutyme som gør, at det vil være i strid med god forsikrings-skik at afslå retshjælpsdækning med henvisning til pkt. 3.3".

Efter den nævnte bevisførelse har [forsikringstageren] efter min opfattelse på trods af udtalelsen fra For-sikring & Pensions responsumudvalg godtgjort den fortsatte eksistens af branchekutymen om dækning af advokatudgifter ved hus-lejenævnsstvier på tidspunktet for Ankenævnet for Forsikrings afgørelse den 8. september 2021.

Det kan lægges til grund, at de fleste forsikrings-selskaber og herunder GF Forsikring i tiden efter den 8. september 2021 ændrede deres praksis og ophørte med at give tilsagn om retshjælpsdækning til husleje-nævnsstvier. Dette skete på grundlag af afgørelsen fra Ankenævnet for Forsikring, idet forsikrings-selska-berne ikke længere anså sig forpligtede til at yde dækning. Ankenævnsafgørelsen hviler imidlertid efter min opfattelse på et urigtigt faktisk grundlag med hensyn til eksistensen af en branchekutyme. Af den grund finder jeg videre, at GF Forsikring ikke har været berettiget til ensidigt og uden at følge almindelige regler for gennemførelse af væsentlig ændring af forsikringsaftalen til ugunst for forbrugeren at forringe [forsikringstageren] forsikringsdækning i henhold til retshjælpsforsikringsaftalen. Det meddelte afslag på ansøgning om retshjælps-dækning var derfor uberettiget, og jeg stemmer således for at tage [forsikrings-tagerens] påstand til følge.

Der afsiges dom efter stemmeflertallet.

Efter retsplejelovens § 312, stk. 1, skal den part, der taber sagen, som udgangspunkt erstatte modparten de udgifter, sagen har påført modparten. Da der er tale om en tvist mellem en forbruger og et forsikrings-selskab vedrørende et principielt spørgsmål, der kan være af betydning for hele forsikringsbranchen på området for privat retshjælpsforsikring, finder retten imidlertid, at særlige grunde taler for at ophæve sagens omkostninger efter undtagelsesbestemmelsen i § 312, stk. 3."

6.5. Østre Landsrets kendelse af 29/11 2024. Autoforsikring. Opsigelse. Dagsgebyrer efter færdselslovens § 107, stk. 3, jf. § 106, stk. 4.

Alm. Brand og DFIM.

Kendelse fra Østre Landsret i en fagedkæresag vedrørende det spørgsmål, om selskabet havde godtgjort, at opsigelsen af klagerens autoforsikring på grund af forsikringstagerens præmierestance var gyldig, så sagen kunne fremmes i fogedretten. Landsretten fandt, at opsigelsen var gyldig, og hjemviste sagen til fortsat be-handling i fogedretten.

Af Østre Landsrets kendelse af 29/11 2024 fremgår:

Sagen angår, om betingelserne for, om DFIM kan få fremmet en sag i fogedretten for manglende betaling af dagsgebyrer efter færdselslovens § 107, stk. 3, jf. § 106, stk. 4, er opfyldt.

Det er oplyst, at kravet fra DFIM pr. 23. juli 2024 er opgjort til 60.000 kr.

Ankenævnet for Forsikring

Det fremgår af de for landsretten fremlagte bilag, at forsikringen på [forsikringstagerens] bil skulle have været betalt via PBS den 5. oktober 2023, hvor betalingen imidlertid blev afvist. Da [forsikringstageren] har tilmeldt sig denne løbende, automatiske betaling af regninger, og da [forsikringstageren] har kunnet se betalingen på sin månedlige oversigt, gælder fristen for påkrav i forsikringsaftalelovens § 12, stk. 1, ikke, jf. § 17, stk. 1, 2. pkt.

Forsikringsselskabet sendte herefter den 21. oktober 2023 en rykker til [forsikringstageren] hvori det er angivet, at hvis ikke det skyldige beløb betales inden den 8. november 2023, opsiges forsikringen til ophør den 21. november 2023. Det fremgår brevet, at det skyldige beløb stadig skulle betales til forsikringsselskabet, og at sagen ville blive indberettet til DFIM, der ville kunne opkræve dagsgebyrer med 250 kr. dagligt. Endvidere er oplyst om muligheden for at få genoptaget forsikringen efter forsikringsaftalelovens § 14.

Den 16. november 2023 sendte forsikringsselskabet endnu en rykker, hvor det blev oplyst, at forsikringen var opsagt til ophør, men at det var muligt at ringe for at få bragt betalingen i orden, hvis [forsikringstageren] ønskede at beholde forsikringen. Den 23. november 2023 sendte forsikringsselskabet via digital post på "Mit Alm. Brand" og med mailnotifikation herom et brev til [forsikringstageren] med oplysning om, at hans bil ikke længere var dækket af en lovpligtig ansvarsforsikring, og at der ville blive givet besked til DFIM og Automobilforsikringsselskabernes Fællesregister. Af et brev af 28. november 2023 fra forsikringsselskabet til [forsikringstageren] fremgår blandt andet, at hans forsikring var ophørt den 21. november 2023. Forsikringsselskabet har oplyst, at ingen af brevene, der blev sendt til [forsikringstagerens] adresse, blev modtaget retur.

Den 27. november 2023 skrev DFIM til [forsikringstageren], at han ville blive pålagt dagsgebyrer med 250 kr. dagligt fra den 27. november 2023. Der blev endvidere oplyst om udpantningsretten efter færdselslovens § 107, stk. 3. Der blev sendt lignende breve til [forsikringstageren] den 13. december 2023, hvor dagsgebyrerne var opgjort til 4.250 kr., og den 28. december 2023, hvor dagsgebyrerne var opgjort til 8.000 kr. Det er oplyst, at alle brevene er sendt som digital post.

[Forsikringstageren] har under fogedsagen oplyst, at han de sidste fire år har boet på den adresse, hvortil forsikringsselskabets breve er sendt, men har bestridt at have modtaget nogen breve om manglende betaling i oktober 2023.

Det følger af forsikringsaftalelovens § 33, at meddelelser fra selskabet til forsikringstageren først bliver virksomme, når de modtages af forsikringstageren. Det er forsikringsselskabet, der har bevisbyrden for, at meddelelsen er kommet frem. Af Højesterets dom af 15. oktober 2012, gengivet i UfR 2013.165H og Østre Landsrets dom af 27. november 2014, gengivet i UfR 2015.7700, fremgår, at det ved bevisbedømmelsen må indgå, om der er afsendt et eller flere breve, idet der kun er beskeden sandsynlighed for, at ingen af brevene er nået frem, hvis flere breve er afsendt, men at det ikke er udelukket, at afsenderen kan løfte bevisbyrden for, at meddelelsen er nået frem til forsikringstageren, hvis der kun er afsendt et brev, selvom et enkelt brev normalt ikke i sig selv vil være tilstrækkeligt.

Ankenævnet for Forsikring

I denne sag har forsikringsselskabet sendt tre fysiske breve, der ikke er kommet retur, og et brev med digital post til [forsikringstageren] og landsretten finder, at det herefter er godtgjort, brevene er kommet frem til ham.

Forsikringsselskabet kunne tidligst opsigte [forsikringstagerens] forsikring den 20. oktober 2023, jf. forsikringsaftalelovens § 13, stk. 1, 2. pkt., og forsikringsselskabets brev med opsigelsen er dateret den 21. oktober 2023.

Spørgsmålet er herefter, hvornår forsikringsselskabets brev må anses at være kommet frem til [forsikringstageren].

Justitsministeriet har i vejledning nr. 9533 af 26/6 2018 om beregning af klagefrister på baggrund af de officielle kvalitetstal for PostNords levering af standardbreve i 2017 vurderet, at en myndighed som udgangspunkt kan lægge til grund, at et standardbrev er kommet frem til modtageren seks omdelingsdage efter, at afgørelsen er dateret og overgivet til postbesørgelse. Omdelingsdage inkluderer ikke weekender, helligdage og såkaldte "mellemdage". Af Østre Landsrets kendelse af 8. februar 2019, gengivet i UfR 2019.1540, fremgår, at det blev lagt til grund, at et brev sendt fra retten som almindeligt brev kunne anses for at være kommet frem til modtageren senest seks omdelingsdage efter afsendelsen, hvor der blev taget højde for, at lørdag og søndag ikke er omdelingsdage.

Brevet af 21. oktober 2023 må med tillæg af seks omdelingsdage samt lørdage og søndage anses for at være kommet frem til [forsikringstageren] senest den 30. oktober 2023 [31. oktober 2023]. Selvom det i brevet er anført, at forsikringen vil ophøre, hvis der ikke er sket betaling senest den 8. november 2023, opfylder brevets angivelse af ophøret af forsikringen pr. 21. november 2023 den i forsikringsaftalelovens § 13, stk. 1, 1. pkt., angivne frist på 21 dage, og meddelelse til [forsikringstageren] om, at hans forsikringen var ophørt, blev herefter sendt til ham den 23. og 28. november 2023, ligesom sagen om dagsgebyrer først blev påbegyndt den 27. november 2023 efter forsikringens ophør.

[Herefter finder landsretten, at forsikringsselskabets opsigelse af forsikring konkret opfylder betingelserne i forsikringsaftalelovens § 12-17.]

Forsikringsselskabet har i brevet af 21. oktober 2023 oplyst, at der kan pålægges dagsgebyrer af DFIM, og at der er udpantningsret herfor, jf. færdselslovens § 106, stk. 5, jf. § 107, stk. 3. [Forsikringstageren] har da heller ikke bestridt, at betingelserne for pålæggelse af dagsgebyrer efter de nævnte betingelser er opfyldt.

Herefter tager landsretten påstanden fra DFIM til følge."