

Ankenævnet
***for* Forsikring**

Årsberetning

2019

Indhold

Resumé.....	3
1. Ankenævnets organisering.....	6
1.1. Nævnsmedlemmer udpeget af Forbrugerrådet Tænk.....	6
1.2. Nævnsmedlemmer udpeget af Forsikring & Pension.	7
1.3. Nævnets sekretariat.....	9
1.4. Revisor.	9
2. Ankenævnets virksomhed.....	9
2.1. Sagsbehandlingstid.....	10
2.2. Resultat af nævns- og sekretariatsafsluttede sager.....	12
2.3. Resultat af nævnssafsluttede sager, herunder antal dissenser.	13
2.4. Nævnss- og sekretariatsafsluttede sager fordelt på forsikringstype.	14
2.5. Internationalt samarbejde.....	18
3. Selskabernes efterlevelse af nævnets afgørelser/anfægtede sager.	18
3.1. Anfægtede sager – uvist om sagen indbringes for domstolene.	21
3.1.1. Sag 93143. Erhvervsevnetab.....	21
3.1.2. Sag 93655. Dobbeltforsikring mm.....	21
3.1.3. Sag 93706. Erhvervsevnetab/ophævelse af forsikring.	22
3.2. Anfægtede sager - endeligt afgjort ved dom.....	22
3.2.1. Sag 91141. Urigtige risikoplysninger. FAL § 6, stk. 3.	22
3.3. Anfægtede sager - forligt.....	25
3.3.1. Sag 89683. Afskrivningsprincipper mm./ulovlig rørinstallation.	25
3.3.2. Sag 91011. Erstatningsopgørelse indbrudstyveri.....	26
3.3.3. Sag 91399. Urigtige risikoplysninger/grov uagtsomhed.	26
3.3.4. Sag 91743. Selvforskyldt beruselse/grov uagtsomhed.	27
3.3.5. Sag 92064. Omvalg/grundlagsrente.....	28
3.3.6. Sag 92347. Erhvervsevnetab.....	28
3.3.7. Sag 93156. Overførsel af ratepension.	29
3.3.8. Sag 93587. Forældelse.....	29
3.4. Anfægtede sager - klageren opgav sagen.	29
3.4.1. Sag 88866. Méngrad.....	30
3.4.2. Sag 92141. Forudbestående behandlingsbehov.	30
3.4.3. Sag 91789. Forudbestående behandlingsbehov.	30
4. Domme i andre nævnssbehandlede sager.	31
4.1. Sag 80.418 og 83090. Erhvervsevnetab.	31
4.2. Sag 87759. Grov uagtsomhed.....	35
4.3. Sag 89162. Bevis for bopæl på ø.	36
4.4. Sag 89572. Fortolkning méngodtgørelse.....	38
4.5. Sag 89996. Bevis for røveri.	40
4.6. Sag 90217. Urigtige risikoplysninger.....	43
4.7. Sag 90620. Erhvervsevnetab, fortsættelsesforsikring og præmie....	44
4.8. Sag 90714. Forsæt.....	45
4.9. Sag 91069. Bevis for dækningsberettigende forsikringsbegivenhed.	48
4.10. Sag 91165. Selvrisiko/ansvarlig modpart.	49

4.11. Sag 91706. Erhvervsevnetab.....	51
4.12. Sag 91770. Diagnosekriterium.	52
4.13. Sag 92499. Erstatning for fiskeudstyr. Advokatombkostninger.	53

Resumé

Ankenævnet modtog i 2019 1.362 klager. Det er 23 flere klager end året før. Antallet af klager har ligget stabilt de seneste 5 år.

Der klages mest over ulykkesforsikring, ejerskifteforsikring samt livs-, arbejdsmarkeds- og pensionsforsikring. Der modtages også et større antal klager over motor-køretøjs-, familie- og bygningsforsikring.

Ankenævnet afsluttede 1.378 sager i 2019. Heraf blev 1.149 sager (svarende til 83,4 %) afsluttet af nævnet, mens 229 sager blev afsluttet af sekretariatet. I 2018 blev 1.389 sager afsluttet.

Af de 229 sekretariatsafsluttede sager blev 99 sager lukket eller afvist på grund af forhold hos klageren. Disse grunde er nærmere omtalt i afsnit 2.2. 35 sager blev afsluttet, fordi klageren tilbagekaldte klagen, inden sagen blev forelagt for nævnet. Endelig blev 95 sager afsluttet, fordi selskabet opfyldte klagen, inden sagen blev forelagt for nævnet. I 2018 opfyldte selskabet 101 klagesager, inden sagen blev forelagt for nævnet.

Ved udgangen af 2019 var der 781 uafsluttede sager. Ved udgangen af 2018 var der 797 uafsluttede sager.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i 2019 for de 1.378 afsluttede sager var 6,8 måneder. Af disse sager var 53,4 % afsluttet inden for 6 måneder, mens 72,3 % af sagerne var afsluttet inden for 8 måneder. I 2018 var den gennemsnitlige sagsbehandlingstid ligeledes 6,8 måneder.

Den gennemsnitlige berammelsestid for de 1.149 nævnsafgjorte sager var 75,5 dage. Berammelsestiden regnes fra den dato, hvor sagen er fuldt oplyst af sagens parter, og til den dato, hvor nævnet har afgjort sagen. I 2018 var berammelsestiden 74,4 dage.

I 2019 fik klagerne i 25,9 % af de sager – som ikke blev lukket/afvist af sekretariatet eller nævnet – noget ud af at klage over selskabets afgørelse. I 2018 var tallet 25,7 %.

Antallet af sager, hvor nævnets medlemmer er uenige om udfaldet af sagen (dissens), er faldet, idet nævnsmedlemmerne i 2019 var uenige om udfaldet af 27 sager, hvilket svarer til 2,3 % af de nævnsafgjorte sager. I 2018 var der dissens i 3 % af de nævnsafgjorte sager.

Forsikringsselskaberne har meddelt, at de i 2019 ikke ønskede at være bundet af nævnets afgørelse (anfægtelse) i 16 tilfælde. 9 af de 16 anfægtede sager er blevet indbragt for domstolene af klageren. Af de resterende 7 anfægtede sager er 4 sager blevet opfyldt af selskabet. Disse 4 sager er omtalt i afsnit 3.3 samme med 4

andre sager fra tidligere år, som i 2019 blev forligt af parterne. De resterende 3 sager, som alle blev anfægtet i 2019 – og som klagerne har opgivet, eller hvor det er uvist, om sagerne indbringes for domstolene – er omtalt i afsnit 3.1. I 2018 var antallet af anfægtede sager 18, mens tallet i 2017 var 12.

1 anfægtet sag er blevet endeligt afgjort ved dom i 2020. Dommen, der er omtalt i afsnit 3.2.1, angår sag 91141, hvor nævnet – med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3 – fandt, at selskabet alene havde været berettiget til at opsig klagerens forsikringer fremadrettet. Klageren var blevet kunde i selskabet i 2012. Klageren købte efterfølgende yderligere forsikringer i selskabet, ligesom visse forsikringer – på bil og på hund – ophørte, fordi klageren ikke længere havde den pågældende bil/hund. Selskabet opsigte i 2017 klagerens forsikringer med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet med henvisning til, at klageren havde afgivet urigtige risikoplysninger. Det gjaldt også for en bilforsikring, der i 2013 var udgået af porteføljen. Selskabet anfægtede nævnets afgørelse om, at der alene kunne ske ophævelse fremadrettet. Selskabet udtalte, dels at nævnet efter selskabets opfattelse havde brugt forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3, i en situation, som faldt uden for det af lovgiver tiltænkte begrænsede anvendelsesområde, dels at nævnets afgørelse pålægger selskabet en pligt til at indhente oplysninger om tidligere skadeforløb i et langt videre omfang, end sådanne oplysninger sædvanligvis indhentes i dag. I anfægtelsen oplyste selskabet dog, at "selskabet – på trods af anfægtelsen – har valgt alene at fastholde afvisning af forsikringsdækning og inddrivelse af selskabets tilbagesøgningskrav i forhold til den i sagen omhandlede indboforsikring".

Ved dom af 10/2 2020 udtalte Københavns Byret, at "Retten lægger til grund, at sagsøgte først modtog oplysning om sagsøgers tidligere forsikringsskader i ... og ... den 16. og 17. marts 2017. At sagsøger i acceptbilagene har meddelt sagsøgte tilladelse til at indhente oplysninger fra tidligere forsikringsselskaber til brug for sagsøgtes vurdering af, om forsikring kunne tegnes og på hvilke vilkår, medfører ikke i sig selv en pligt for sagsøgte til at kontakte ... og ... Sagsøgte findes herefter ikke at have været eller burde have været vidende om de rette forhold, ligesom sagsøgte findes at have handlet uden unødigt ophold, da selskabet blev bekendt med oplysningerne, jf. forsikringsaftalelovens § 8 og § 9. Sagsøgers urigtige oplysninger om forsikringsforholdene i ... og ... findes ikke at have haft indflydelse på indbrudstyveriet den 24. februar 2017 eller skadens størrelse. Under hensyn til, at sagsøger har afgivet urigtige svar på klare og enkle spørgsmål og udsagn, sammenholdt med den forholdsvis korte periode, der er forløbet fra afgivelsen af de urigtige oplysninger til indbrudstyveriet, findes der ikke at foreligge sådanne særlige omstændigheder, at forholdet bør henføres under forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3".

I afsnit 4 omtales 13 retssager, som er anlagt af klageren mod sit forsikrings- eller pensionsselskab. Retssagerne er anlagt efter, at nævnet havde givet selskabet medhold i de 13 klagesager. I 5 af de 13 sager fik klageren medhold ved domsto-

lene, se afsnit 4.1 (erhvervsevnetab), 4.2 (ikke grov uagtsomhed), 4.5 (klager udsat for røveri), 4.9 (dækningsberettigende totalskade på bil) og afsnit 4.12 (kriteriet for kritisk sygdom opfyldt). I de resterende 8 sager fik selskaberne medhold ved domstolene.

Nævnets formandskab har i 2019 ikke konstateret systematiske eller væsentlige problemer, som giver anledning til at komme med anbefalinger til, hvordan sådanne problemer fremadrettet kan undgås eller løses.

Nævnets kendelser offentliggøres i anonymiseret form på hjemmesiden www.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.

1. Ankenævnets organisering.

Ankenævnet er stiftet af Forbrugerrådet Tænk og Forsikring & Pension den 1/9 1975. Ankenævnet for Forsikring er den 22/1 2019 af Erhvervsministeriet godkendt i medfør af § 6 i lov om alternativ tvistløsning i forbindelse med forbrugerklager. Godkendelsen har virkning frem til den 31/1 2022. Godkendelsen er sket på grundlag af Vedtægter – 11, som de stiftende organisationer har vedtaget med ikrafttrædelsesdatoen 1/2 2016.

Ifølge § 2 i vedtægterne behandler nævnet klager fra forbrugere over tvister, der udspringer af en forsikringsaftale eller en pensionsaftale indgået mellem forbrugeren og et forsikrings- eller pensionsselskab, som er etableret i Danmark. Nævnet kan behandle klager over et udenlandsk forsikrings- eller pensionsselskab, hvis sagen har større tilknytning til Danmark end til det land, hvor forsikrings- eller pensionsselskabet er etableret.

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

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

Ved udgangen af 2019 er nævnets formand højesteretsdommer Jens Kruse Mikkelsen. Landsdommer Svend Bjerg Hansen og landsdommer Peter Thønnings er næstformænd.

1.1. Nævnsmedlemmer udpeget af Forbrugerrådet Tænk.

Ved udgangen af 2019 var følgende personer udpeget af Forbrugerrådet Tænk som nævnsmedlemmer:

Permanente medlemmer:

Ankenævnskoordinator Regitze Buchwaldt
Juridisk konsulent Jakob Steenstrup

Generelle medlemmer:

Peer Brusgaard
Rådsmedlem Morten Dam
Susanne Engstrøm
Rådsmedlem Jette Kammer Jensen
Poul Erik Jensen
Rådsmedlem Lis Kræmmer
Anna Marie Schou Ringive

1.2. Nævnsmedlemmer udpeget af Forsikring & Pension.

Ved udgangen af 2019 var følgende personer udpeget af Forsikring & Pension som nævnsmedlemmer:

Permanente medlemmer:

Afdelingschef, advokat Claus Elmquist-Clausen

Advokat Vibeke Hjarlitz

Chef for skadejura, advokat Kåre Højerup

Chef for medlemsjura, cand.jur. Anne Mette Kirkegaard

Skadecchef, advokat Lars Bue Nørbjerg

Underdirektør Per S. Poulsen

Kvalitetschef, advokat Berit Torm

Arbejdsmarkedspension:

Forsikringsdirektør Joan Alsing

Juridisk konsulent Merete Hesselbjerg

Juridisk konsulent Thomas Dahl Hurrelbrink

Chefkonsulent Susanne Lindahl Ipsen

Direktør Annegrete Birck Jakobsen

Skadecchef Pia Larsen

Byggeskadeforsikring:

Jurist Kristian von Grumbkow

Kvalitetskonsulent Keld Løgstrup-Nielsen

Skadebehandler, Lars Ploumark Petersen

Advokat Klaus Rasmussen

Bygningsforsikring:

Specialkonsulent, cand.jur. Christina Holck Hansen

Advokat Klaus Rasmussen

Fagkonsulent, cand.jur. Ulla Ravn

Seniorjurist Christina Louise Heede Sørensen

Jurist Anne-Marie Aagaard Tegldal

Jurist Merete Toxborg

Ejerskifteforsikring:

Cand.jur. Helene Vogt Ibsen

Kvalitetskonsulent Keld Løgstrup-Nielsen

Advokat Klaus Rasmussen

Skadecchef, advokat Rune Seest

Jurist, ejerskifteskade Merete Toxborg

Familieforsikring:

Skadeschef Jesper Hedegaard

Jurist Anne Sofie Skoubo Kristensen

Advokat Klaus Rasmussen
Skadeschef, advokat Kurt Rasmussen
Fagkonsulent, cand.jur. Ulla Ravn
Skadechef Mads Svendsen
Seniorjurist Christina Louise Heede Sørensen
Chefjurist Anne-Marie Aagaard Tegldal
Jurist Merete Toxborg

Livsforsikring og pensionsforsikring:

Juridisk konsulent, Lene Harkes
Jurist Asger Holst-Jensen
Juridisk konsulent og klageansvarlig Thomas Dahl Hurrelbrink
Seniorjurist Irit Shabtai
Advokat Peter Theisen
Chefjurist, advokat Anne-Mette Worch

Lystfartøjsforsikring:

Afdelingschef Michael Kjær
Produktudviklingschef Brian Norby

Motorkøretøjsforsikring:

Mikkel Bruun-Larsen
Skadebehandler Martin Omgaard
Fagansvarlig Christian Bagger Praëm
Skadeschef, advokat Kurt Rasmussen
Advokat Michael Rosenkilde-Hansen
Kvalitetskonsulent Anne Garde Slothuus
Chefjurist Anne-Marie Aagaard Tegldal

Privat ansvarsforsikring og retshjælpforsikring:

Fagkonsulent Katja Dahl
Skadeschef Jesper Hedegaard
Advokat Niklas Jeppesen
Jurist John Holmgrün Nielsen
Skadeschef, advokat Kurt Rasmussen
Fagkonsulent, cand.jur. Ulla Ravn
Specialkonsulent, cand.jur. Sara Ravnsnæs
Skadebehandler Mark Strømberg
Skadechef Mads Svendsen
Seniorjurist Christina Louise Heede Sørensen
Jurist Anne-Marie Aagaard Tegldal
Jurist Merete Toxborg

Rejseforsikring:

Skadebehandler Kristina Christophersen
Jurist Anne Sofie Skoubo Kristensen

Chefjurist Camilla Rindom Riis
Teamleder Peter Wittwer

Sygeforsikring og ulykkesforsikring:

Advokat Mikkel Bruun-Larsen
Skadebehandler Heidi Hillerup
Kvalitetskonsulent, jurist Camilla Jørgensen
Specialkonsulent Pia Nordland
Fuldmægtig, Jeanette Nygaard
Skadeschef, advokat Kurt Rasmussen
Skadeschef, advokat Rune Seest
Teamleder Peter Wittwer

1.3. Nævnets sekretariat.

Nævnets sekretariat bestod ved udgangen af 2019 af direktør Kim Sparlund og kontorchef Carsten Sennels. Endvidere var der ansat 8 jurister, 5 kontorfunktionærer (heraf to på deltid) og 4 studenter.

1.4. Revisor.

Nævnets regnskab revideres af Ernst & Young P/S (CVR. 30700228).

2. Ankenævnets virksomhed.

I 2019 blev der registreret 1.362 nye klager samt rettet 3.101 forespørgsler til nævnets sekretariat. Sagsantallet er:

	<u>Antal 2019</u>	<u>Antal 2018</u>
Sager primo året	797	847
Nye klager	1.362	1.339
Antal sager til behandling	2.159	2.186

Sagerne fordeler sig således:

Sekretariatsafsluttede sager	229	236
Nævnsafsluttede sager	1.149	1.153
Uafsluttede sager ved årets udgang	781	797
I alt	2.159	2.186

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

2012	1.934	2.107	373	5.399
2013	1.733	1.429	292	4.857
2014	1.868 ¹	1.315	325	4.431
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

Indkomne/afsluttede sager fordelt efter forsikringstype

Forsikringstype	Antal	%	Antal	%	Antal	%
	Indkomne 2019		Afsluttet 2019		Afsluttet 2018	
Ulykkesforsikring	270	19,8	271	19,7	253	18,2
Ejerskifteforsikring	225	16,5	267	19,4	251	18,1
Livs- og pensionsforsikring og arbejdsmarkedspension	192	14,1	186	13,5	243	17,5
Motorkøretøjsforsikring (bortset fra retshjælp)	149	10,9	138	10,0	127	9,1
Familieforsikring (bortset fra ansvar og retshjælp)	125	9,2	118	8,6	120	8,6
Hus- og grundejerforsikring (bortset fra ansvar og retshjælp)	110	8,1	113	8,2	112	8,1
Rejseforsikring	66	4,8	68	4,9	66	4,8
Retshjælpsforsikring	47	3,5	51	3,7	50	3,6
Kritisk sygdom	46	3,4	53	3,8	53	3,8
Sygeforsikring	31	2,3	31	2,3	32	2,3
Byggeskade	24	1,8	7	0,5	6	0,4
Ansvarsforsikring	16	1,2	16	1,2	7	0,5
Arbejdsløshedsforsikring	16	1,2	16	1,2	24	1,7
Diverse	13	0,9	10	0,7	4	0,3
Totalforsikring	13	0,9	10	0,7	15	1,1
Husdyrforsikring (bortset fra ansvar)	11	0,8	15	1,1	15	1,1
Lystfartøjsforsikring (bortset fra retshjælp)	8	0,6	8	0,6	6	0,4
Ingen	-	-	-	-	5	0,4
I alt	1.362	100,0	1.378	100,0	1.389	100,0

2.1. Sagsbehandlingstid.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i 2019 for de 1.378 afsluttede sager var 6,8 måneder. I 2018 var den gennemsnitlige sagsbehandlingstid ligeledes 6,8 måneder.

¹ I tallet indgår 330 ensartede klager over en særlig problemstilling i ét selskab.

For samtlige sager, der blev afsluttet i 2019, er sagsbehandlingstiden:

Inden for	Antal 2019	% 2019	Sum % 2019	Sum % 2018
4 måneder	324	23,5	23,5	21,5
4-6 måneder	412	29,9	53,4	48,4
6-8 måneder	260	18,9	72,3	71,2
8-10 måneder	139	10,1	82,4	83,2
10-12 måneder	91	6,6	89,0	90,5
12-18 måneder	102	7,4	96,4	97,7
Over 18 måneder	50	3,6	100,0	100,0

Dette er ensbetydende med, at 53,4 % af sagerne var afsluttet inden for 6 måneder, og at 72,3 % af sagerne var afsluttet inden for 8 måneder. I 2018 var tallene henholdsvis 48,4 % og 71,2 %. I 2017 var tallene henholdsvis 54,9 % og 77,0 %.

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 af nævnet fastsatte svarfrister. Andelen af sager, der var afsluttet inden for 12 måneder, var i 2019 på 89 %. Tallet var i 2018 på 90,5 %, mens tallet i 2017 var 94,1 %.

Gennemsnitlig sagsbehandlingstid fordelt efter forsikringstype

Forsikringstype	Måneder 2019	Måneder 2018
Ejerskifteforsikring	8,5	8,6
Hus- og grundejerforsikring (bortset fra ansvar og retshjælp)	7,6	6,5
Livs- og pensionsforsikring og arbejds- markedspension	7,3	7,4
Familieforsikring (bortset fra ansvar og retshjælp)	7,3	6,6
Ulykkesforsikring	6,3	6,7
Arbejdsløshedsforsikring	6,3	6,0
Motorkøretøjsforsikring (bortset fra retshjælp)	6,1	5,4
Kritisk sygdom	6,1	6,1
Rejseforsikring	5,7	6,0
Retshjælpsforsikring	5,6	5,2
Lystfartøjsforsikring (bortset fra retshjælp)	5,6	5,6
Sygeforsikring	5,6	4,8
Husdyrforsikring (bortset fra ansvar)	5,4	5,8
Totalforsikring	5,3	5,2
Byggeskade	5,0	8,8
Diverse	3,1	0
Ansvarsforsikring	2,6	4,5

Den gennemsnitlige berammelsestid for de 1.149 nævnsafgjorte sager var 75,5 dage. Berammelsestiden regens fra den dato, hvor sagen er fuldt oplyst af sagens parter, og til den dato, hvor nævnet har afgjort sagen. I 2018 var berammelsestiden 74,4 dage.

2.2. Resultat af nævns- og sekretariatsafsluttede sager.

Sekretariatsafsluttede sager:	Antal	%	Antal	%
	2019		2018	
1.1 Klagen angår et andet forsikringsselskab, end det klageren har indgået aftale med	13	0,9	12	0,9
1.2 Klagen omhandler en erhvervsforsikring	4	0,3	7	0,5
1.4 Klageren har ikke indbetalt klagegebyr	16	1,2	21	1,5
1.5 Klageren har ikke indsendt klageskema eller har i øvrigt ikke reageret på nævnets henvendelser	12	0,9	14	1,0
1.6 Klageren havde ikke forudgående klaget til selskabet	41	3,0	34	2,5
1.7 Klagen hører under andet tvistløsningsorgan, behandles af andet tvistløsningsorgan eller er afgjort ved dom, voldgift eller retsforlig	6	0,4	7	0,5
1.8 Klagen er afvist til behandling ved nævnets formand	7	0,5	2	0,1
I alt indstillede sager	99	7,2	97	7,0
2.1 Klageren har tilbagekaldt klagen	27	1,9	21	1,5
2.2 Opgivet af klageren efter sagkyndig udtalelse	8	0,6	17	1,2
Klageren har tilbagekaldt sagen, inden sagen er klar til nævnet	35	2,5	38	2,7
3.1 Selskabet har opfyldt klagen	92	6,7	98	7,1
3.2 Selskabet har opfyldt klagen efter sagkyndig udtalelse	3	0,2	3	0,2
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	95	6,9	101	7,3
I alt sekretariatsafsluttede sager	229	16,6	236	17,0
Nævnsafsluttede sager:				
4.1 Nævnet er ikke kompetent til at afgøre sagen (§ 2-3)	5	0,4	2	0,1
4.2 Ikke egnet til afgørelse (§ 4)	12	0,9	5	0,4
4.3 Genoptagne sager	1	0,1	8	0,6
4.4 Sag afgjort sammen med anden sag	6	0,4	-	-
I alt ikke materielt afgjorte sager af nævnet	253	18,4	251	18,1
5.1 Selskab medhold	895	64,9	911	65,6
5.2 Klager delvist medhold	81	5,9	98	7,0
5.3 Klager medhold	149	10,8	129	9,3
I alt materielt afgjorte sager af nævnet	1.125	81,6	1.138	81,9
I alt afsluttede sager	1.378	100,0	1.389	100,0

I 2019 lukkede eller afviste sekretariatet 99 sager på grund af forhold hos klageren.

Nævnet afviste at behandle 5 sager, fordi nævnet ikke var kompetent hertil efter vedtægternes § 2-3. Nævnet fandt endvidere, at 12 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 1 sag skulle genoptages til fornyet behandling primært på grund af nye oplysninger fra en af sagens parter. Endelig blev 6 sager afgjort sammen med en anden sag.

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

Udfald af sagen	Antal 2019	%	Antal 2018	%
Selskab medhold	895	71,3	911	71,3
Klager har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	35	2,8	38	3,0
Klager delvist medhold	81	6,4	98	7,7
Klager medhold	149	11,9	129	10,1
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	95	7,6	101	7,9
I alt	1.255	100,0	1.277	100,0

I 25,9 % af tilfældene skete der en ændring til fordel for klageren set i forhold til den afgørelse, klageren havde fået i sit forsikringsselskab. Procenten var i 2018 25,7 % og i 2017 25,6 %.

I afsnit 2.4 kan man se, hvordan de 1.255 sager fordeler sig på de enkelte forsikringstyper.

2.3. Resultat af nævnsafsluttede sager, herunder antal dissenser.

Udfald	Antal 2019	%	Antal 2018	%
Afvist (§ 2-3)	5	0,4	2	0,2
Afvist (§ 4)	12	1,0	5	0,4
Genoptaget ved anden sag	1	0,1	8	0,7
Sag afgjort sammen med anden sag	6	0,5	-	-
Selskab medhold	895	77,9	911	79,0
Klager delvist medhold	81	7,1	98	8,5
Klager medhold	149	13,0	129	11,2
I alt	1.149	100,0	1.153	100,0

I 17 sager besluttede nævnet ikke at træffe afgørelse. 1 sag blev genoptaget til fornyet behandling primært på grund af nye oplysninger fra en af sagens parter.

Denne klagesag indgår først i medholdsstatistikken, når den nye afgørelse foreligger.

I 2019 var nævnsmedlemmerne i 27 sager ikke enige om udfaldet af sagen, hvorfor et mindretal afgav en mindretalsudtalelse – en dissens. Det svarer til, at der blev afgivet dissens i 2,3 % af de nævnsafgjorte sager. I 2018 blev der afgivet dissens i 3,0 % af de nævnsafgjorte sager. I 2017 blev der afgivet dissens i 6,8 % af de nævnsafgjorte sager. 16 af dissenserne angik et og samme sagskompleks (lillefingersagen). Regnes dette sagskompleks for et, svarer det til, at der i 2017 blev afgivet dissens i 5,3 % af de nævnsafgjorte sager.

2.4. Nævns- og sekretariatsafsluttede sager fordelt 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	%
	2019		2018	
Selskab medhold	187	74,2	156	64,5
Klager delvist medhold	28	11,1	47	19,4
Klager medhold	16	6,3	13	5,4
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	17	6,8	23	9,5
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	4	1,6	3	1,2
I alt	252	100,0	242	100,0

Ulykkesforsikring	Antal	%	Antal	%
	2019		2018	
Selskab medhold	175	70,6	180	74,4
Klager delvist medhold	1	0,4	4	1,6
Klager medhold	46	18,5	24	9,9
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	11	4,4	15	6,2
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	15	6,1	19	7,9
I alt	248	100,0	242	100,0

Livs- og pensionsforsikring og arbejdsmarkedspension	Antal	%	Antal	%
	2019		2018	
Selskab medhold	130	73,5	177	78,3
Klager delvist medhold	13	7,3	13	5,8
Klager medhold	20	11,3	18	8,0
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	12	6,8	17	7,5
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	2	1,1	1	0,4
I alt	177	100,0	226	100,0

Motorkøretøjsforsikring	Antal % 2019		Antal % 2018	
Selskab medhold	83	70,3	67	65,7
Klager delvist medhold	4	3,4	2	2,0
Klager medhold	16	13,6	18	17,6
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	13	11,0	11	10,8
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	2	1,7	4	3,9
I alt	118	100,0	102	100,0

Familieforsikring	Antal % 2019		Antal % 2018	
Selskab medhold	74	71,8	80	70,8
Klager delvist medhold	12	11,7	17	15,0
Klager medhold	10	9,7	9	8,0
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	5	4,9	7	6,2
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	2	1,9	-	-
I alt	103	100,0	113	100,0

Hus- og grundejerforsikring	Antal % 2019		Antal % 2018	
Selskab medhold	79	77,5	70	70,0
Klager delvist medhold	6	5,9	10	10,0
Klager medhold	10	9,8	9	9,0
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	3	2,9	9	9,0
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	4	3,9	2	2,0
I alt	102	100,0	100	100,0

Rejseforsikring	Antal % 2019		Antal % 2018	
Selskab medhold	48	73,8	45	75,0
Klager delvist medhold	4	6,2	1	1,7
Klager medhold	3	4,6	7	11,7
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	10	15,4	6	10,0
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	-	-	1	1,6
I alt	65	100,0	60	100,0

Kritisk sygdom	Antal %		Antal %	
	2019		2018	
Selskab medhold	40	78,4	42	80,8
Klager delvist medhold	2	3,9	-	-
Klager medhold	2	3,9	4	7,7
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	6	11,8	2	3,8
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	1	2,0	4	7,7
I alt	51	100,0	52	100,0

Retshjælp	Antal %		Antal %	
	2019		2018	
Selskab medhold	32	71,1	35	76,0
Klager delvist medhold	4	8,9	-	-
Klager medhold	4	8,9	8	17,4
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	4	8,9	1	2,2
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	1	2,2	2	4,4
I alt	45	100,0	46	100,0

Sygdomsforsikring	Antal %		Antal %	
	2019		2018	
Selskab medhold	16	51,6	18	66,7
Klager delvist medhold	1	3,2	-	-
Klager medhold	8	25,8	4	14,8
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	4	12,9	3	11,1
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	2	6,5	2	7,4
I alt	31	100,0	27	100,0

Arbejdsløshedsforsikring	Antal %		Antal %	
	2019		2018	
Selskab medhold	4	25,0	16	72,7
Klager delvist medhold	2	12,5	-	-
Klager medhold	7	43,8	5	22,7
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	3	18,7	1	4,6
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	-	-	-	-
I alt	16	100,0	22	100,0

Husdyrforsikring	Antal	%	Antal	%
	2019		2018	
Selskab medhold	9	64,3	9	60,0
Klager delvist medhold	1	7,1	1	6,7
Klager medhold	2	14,3	3	20,0
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	2	14,3	2	13,3
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	-	-	-	-
I alt	14	100,0	15	100,0

Ansvarsforsikring	Antal	%	Antal	%
	2019		2018	
Selskab medhold	6	66,7	4	66,6
Klager delvist medhold	-	-	1	16,7
Klager medhold	1	11,1	1	16,7
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	2	22,2	-	-
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	-	-	-	-
I alt	9	100,0	6	100,0

Totalforsikring	Antal	%	Antal	%
	2019		2018	
Selskab medhold	2	25,0	3	23,1
Klager delvist medhold	1	12,5	1	7,7
Klager medhold	3	37,5	5	38,4
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	1	12,5	4	30,8
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	1	12,5	-	-
I alt	8	100,0	13	100,0

Lystfartøjsforsikring	Antal	%	Antal	%
	2019		2018	
Selskab medhold	5	71,4	6	100,0
Klager delvist medhold	-	-	-	-
Klager medhold	1	14,3	-	-
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	1	14,3	-	-
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	-	-	-	-
I alt	7	100,0	6	100,0

Byggeskadeforsikring	Antal	%	Antal	%
	2019		2018	
Selskab medhold	2	40,0	3	60,0
Klager delvist medhold	1	20,0	1	20,0
Klager medhold	-	-	1	20,0
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	1	20,0	-	-
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	1	20,0	-	-
I alt	5	100,0	5	100,0

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.

OTB-platformen er primært tænkt som en platform, som en forbruger kan anvende, når forbrugeren ønsker at klage over en erhvervsdrivende, som er etableret i et andet land end det land, hvor forbrugeren har bopæl, og som dermed har leveret en grænseoverskridende tjenesteydelse til forbrugeren.

Nævnet har i 2019 modtaget 1 grænseoverskridende klage via OTB-platformen. Selskabet opfyldte klagen, inden sagen var klar til nævnet.

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://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/banking-and-finance/consumer-finance-and-payments/consumer-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net/fin-net-network/about-fin-net_da

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

3. Selskabernes efterlevelse af nævnets afgørelser/anfægtede sager.

Forsikringsselskaberne kan – i de første 30 dage efter nævnets afgørelse – nægte at følge en afgørelse, der helt eller delvist har givet klageren medhold. I så fald orienterer nævnet klageren om muligheden for at indbringe sagen for domstolene

og om at opnå retshjælpsdækning eller fri proces. Forsikringsselskaberne meddelte i 16 tilfælde, at man ikke ønskede at følge den afgørelse, som nævnet havde truffet i 2019. 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

*) 7 sager vedrører samme problemstilling.

Anfægtelsesprocent for 2015-19

Branche	Antal anfægtede	Klager helt eller delvist medhold	Anfægtede i %
Livs- og pensionsforsikring	23	180	12,8
Husdyrforsikring	2	19	10,5
Kritisk sygdom	2	21	9,5
Motorkøretøjsforsikring	9	112	8,0
Sygeforsikring	2	29	6,9
Husejerforsikring	4	79	5,1
Familieforsikring	5	101	5,0
Ulykkesforsikring	6	126	4,8
Ejerskifteforsikring	12	264	4,5
Rejseforsikring	2	46	4,3
Arbejdsløshedsforsikring	1	28	3,6
Retshjælpsforsikring	1	36	2,8

Anfægtelsesprocent for 2019

Branche	Antal anfægtede	Klager helt eller delvist medhold	Anfægtede i %
Livs- og pensionsforsikring	10	33	30,3
Kritisk sygdom	1	4	25,0
Motorkøretøjsforsikring	3	20	15,0
Familieforsikring	1	22	4,5
Ejerskifteforsikring	1	44	2,3

De anfægtede sager har udviklet sig således:

Overførte, uafklarede sager ultimo 2018	24
Nytilkomne sager 2019	16
I alt	40
Afsluttede i 2019	12
Uafsluttede ultimo 2019	28

Fra den 1/10 1980 til den 31/12 2019 har selskaberne nægtet at efterleve nævnets afgørelser i 876 sager. Af de 876 sager var 848 afsluttet ved udgangen af 2019, mens 28 var uafsluttede.

For de ovenfor nævnte 848 anfægtede og afsluttede sager er det gået således:

	Antal i alt	%	Antal 2019
Klageren medhold igen: Ved dom, ved forlig eller ved at selskabet betalte pr. kulance	539	63,6	8
Selskab medhold	109	12,8	1
Klageren opgav sagen	200	23,6	3
I alt	848	100,0	12

Alle 8 sager, hvor klageren i 2019 har fået "medhold igen", er forliget. I 2 af disse har parterne aftalt, at forligets indhold ikke offentliggøres, se afsnit 3.3. Den retssag, som medførte, at selskabet blev frifundet, er omtalt i afsnit 3.2.1.

Nævnet opfordrer selskaberne til at indsende retsafgørelser i sager, som nævnet afviser at afgøre i medfør af vedtægternes §4, eller hvor klageren ikke får medhold ved nævnet. Der er i afsnit 4 gengivet udfaldet af 13 sager, som nævnet har fået kendskab til.

Selskaberne anfægtede i 2019 16 sager. 9 sager var ved årets udgang indbragt for retten og gengives derfor ikke.

Af de tilbageværende 7 sager er 4 sager blevet opfyldt af selskabet, og i 3 sager er det uvist, om de videreføres for domstolene. Disse sager omtales i afsnit 3.1. De 4

sager, der er blevet opfyldt af selskaberne, er sagerne 92347, 92064, 93156 og 93587. Disse sager omtales i afsnit 3.3.

3.1. Anfægtede sager – uvist om sagen indbringes for domstolene.

I 3 sager – som i 2019 blev anfægtet – er det er uvist, om sagen indbringes for domstolene. Disse sager omtales nedenfor.

3.1.1. Sag 93143. Erhvervsevnetab.

Individuel Pension. Danica Pension. (Ikke offentliggjort).

Selskabet afviste at yde dækning for tab af erhvervsevne efter den 1/10 2018. Selskabet havde ydet dækning siden 2009 på grund af klagerens gener som følge af psoriasisgigt. Selskabet anførte, at klagerens tilstand var bedret, og at han ikke længere var berettiget til dækning, idet selskabet henviste til offentligt tilgængelige oplysninger om hans sportsaktiviteter i verdenseliten. Klageren anførte, at hans tilstand var betinget af hans ekstreme livsstil, og at hans [sport] var en måde at kapere sygdommen på. Han anførte videre, at han fortsat var begrænset i sit funktionsniveau. Nævnets flertal fandt, at selskabet ikke havde bevist, at klagerens tilstand var forbedret i en grad, der medførte, at hans erhvervsevne ikke længere var nedsat i dækningsberettigende grad.

Selskabet har oplyst, at selskabet ikke ønsker at være bundet af kendelsen, og at selskabet ønsker at indhente en ny speciallægeerklæring.

3.1.2. Sag 93655. Dobbeltforsikring mm.

Ejerskifteforsikring. Dansk Boligforsikring A/S.

Ejendommen var opført i 2008. Selskabet anerkendte at dække udbedringsomkostninger forbundet med, at tagkonstruktionen skulle ventileres ved, at taget blev hævet, og at ventilationsriste blev indbygget i ydervæggene. Selskabet anerkendte også at dække udbedring af fuger i ydervæggene. Selskabet baserede erstatningsopgørelsen på et tilbud fra et tømrerfirma. Klageren krævede, at selskabet dækkede yderligere udgifter under henvisning til, at tømrerfirmaet i en mail havde anført, at der var en række poster, der ikke var medtaget i tilbuddet. Nævnet fandt, at selskabet skulle dække de nævnte arbejder bortset fra et, der ikke syntes velbegrundet. Nævnet bemærkede herved, at selskabet over for klageren tilsyneladende havde betinget sit tilsagn om udbedring af skaden af, at der ikke var dækning på husforsikringen. Nævnet fandt anledning til at bemærke, at dette kunne være i strid med forsikringsaftalelovens § 41, jf. § 43, hvoraf det fremgår, at hvis samme interesse er forsikret mod samme fare i flere selskaber, så hæfter hvert selskab, som var det eneforsikrer, medmindre kun det ene selskab har en bestemmelse om, at forsikringen ikke dækker skader, der er dækket af en anden forsikring. Nævnet bemærkede, at i tilfælde af, at en skade er dækningsberettigende i henhold til både hus- og ejerskifteforsikringen, indeholder ejerskifteforsikringsbetingelserne som standard en bestemmelse om, at forsikringen ikke dækker skader, der er dækket af en anden forsikring, f.eks. bygningsforsikring. En tilsvarende bestemmelse fremgår af bekendtgørelse nr. 13 af 12/1 2012 om dækningsomfanget for ejerskifteforsikringer. Nævnet bemærkede endvidere, at fritidshus-

og husejerforsikringer sædvanligvis indeholder en tilsvarende bestemmelse. Ejer-skifteforsikringselskabet hæfter derfor som udgangspunkt for de dækningsberet-tigende skader, de måtte få anmeldt, uanset om skaden evt. senere skal betales delvist af et andet selskab. Klageren krævede endvidere, at selskabet dækkede udgifter afholdt til en nødreparation af taget, mens sagen verserede. Nævnet fandt, at udgiften var dækningsberettigende, jf. herved principperne i FAL §§ 52 og 53. Endelig afviste selskabet at dække udgifter til ændring/udskiftning af zink-afdækning over murkronerne til beskyttelse af ydervæggene. Nævnet fandt, at selskabet skulle dække montering af bredere zinkafdækning, da den øverste del af ydermurene ifølge en skønserklæring var medtaget af vejrliget.

Selskabet har oplyst, at anfægtelsen skyldes, at selskabet ikke kan tilslutte sig nævnets bemærkninger vedrørende dobbeltforsikring, og at selskabet finder, at der for så vidt angår klagerens krav vedrørende murkronerne, var indtrådt forældelse forud for sagens indbringelse for nævnet.

3.1.3. Sag 93706. Erhvervsevnetab/ophævelse af forsikring. Individuel pension. PFA Pension.

Klageren led af flere psykiske sygdomme og havde siden 2003 modtaget fuld dækning fra selskabet, da hans erhvervsevne var vurderet nedsat med 2/3. Selskabet vurderede, at klageren pr. 1/12 2018 ikke længere var berettiget til dækning, da man på baggrund af 14 dages observation af klageren vurderede, at han ikke havde afgivet korrekte oplysninger om sin erhvervsevne. Selskabet anførte også, at klageren væsentligt havde tilsidesat sin loyale samarbejdspflicht ved bevidst at have undladt at give selskabet meddelelse om, at hans erhvervsevne var forbedret, og at han pr. 1/4 2018 var kommet i arbejde. Selskabet havde derfor ophævet klagerens forsikringer. Nævnet fandt, at selskabet havde bevist, at klagerens erhvervsevne var bedre end tidligere vurderet. Nævnet fandt, at klagerens erhvervsevne var nedsat med mellem halvdelen og 2/3. Nævnet fandt, at klageren ikke groft havde tilsidesat sin loyale samarbejdspflicht, hvorfor selskabet var uberettiget til at ophæve forsikringerne.

Selskabet anfægtede kendelsen og henviste til, at det fandt, at observationerne mm. af klageren dokumenterede, at klagerens generelle erhvervsevne var nedsat med under halvdelen.

3.2. Anfægtede sager - endeligt afgjort ved dom.

1 sag er blevet endeligt afgjort ved dom. Selskabet blev frifundet i retssagen.

3.2.1. Sag 91141. Urigtige risikooplysninger. FAL § 6, stk. 3. Familieforsikring. LB Forsikring.

Klageren var blevet kunde i selskabet i 2012. Klageren købte efterfølgende yderligere forsikringer i selskabet, ligesom visse forsikringer – på bil og på hund – op-hørte, fordi klageren ikke længere havde den pågældende bil/hund. Selskabet opsagde i 2017 klagerens forsikringer med tilbagevirkende kraft til tegningstids-punktet med henvisning til, at klageren havde afgivet urigtige risikooplysninger. Det gjaldt også for en bilforsikring, der tidligere var udgået af porteføljen.

Selskabet opsagde således klagerens to bilforsikringer (alene kaskodelen) med [policenummer 1 og 2], indboforsikring med [policenummer 4] og hundeforsikring med [policenummer 3] med tilbagevirkende kraft og afviste at yde dækning for det anmeldte indbrudstyveri. Selskabet anførte, at klager havde afgivet urigtige oplysninger ved tegningen, da han ikke havde oplyst om tidligere skader inden for de seneste tre år, og at selskabet i henhold til dets indtegningsregler ikke ville have tegnet indboforsikringen, såfremt korrekte oplysninger var givet. Selskabet anførte, at man i selskabet alene kunne have andre forsikringsprodukter – bortset fra de lovpligtige – hvis man havde en indboforsikring, hvorfor selskabet også ville have afslået at tegne de øvrige forsikringer. Selskabet opkrævede udbetalte skadeserstatninger på de opsagte forsikringer tilbagebetalt med fradrag af betalt præmie.

Nævnet fandt, at klager i forbindelse med tegningen af indboforsikringen og bilforsikringen med [policenummer 2] havde undladt at oplyse om flere tidligere skader, hvorfor klager objektivt set havde afgivet urigtige oplysninger ved forsikringsaftalens indgåelse. Nævnet fandt, at selskabet havde bevist, at selskabet i henhold til dets indtegningsregler ikke ville have tegnet eksempelvis indboforsikringen med [policenummer 4], hvis de rigtige forhold om tidligere skader var oplyst til selskabet ved tegningen af forsikringen. Nævnet fandt, at forholdet var omfattet af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1.

Nævnet fandt imidlertid ud fra en samlet, konkret vurdering, at forholdet tillige var omfattet af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3. Nævnet fandt – med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3 – at selskabet alene havde været berettiget til at opsig klagerens forsikringer fremadrettet.

Nævnet lagde blandt andet lagt vægt på, at selskabet – trods et antal anmeldte, mindre skader til selskabet – først besluttede sig for at undersøge klagerens skadehistorik i to andre forsikringsselskaber ca. 5 år efter, at det oprindelige aftaleforhold med klager var indgået. Nævnet lagde vægt på, at selskabet i juli 2015 og i august 2016 havde accepteret at tegne nye forsikringer for klager, hvorfor selskabet ved disse lejligheder havde haft mulighed for at forholde sig aktivt til kundeforholdet. Nævnet lagde også vægt på karakteren af de af klager anmeldte skader og på størrelsen af de udbetalinger fra selskabet, som disse skadesanmeldelser havde medført. Selskabets opsigelse dateret 29/3 2017 med tilbagevirkende kraft syntes på den baggrund primært at have haft karakter af en sanering af et kundeforhold ud fra almindelige økonomiske overvejelser af kundeforholdets rentabilitet, hvilket talte for alene at tillade en opsigelse fremadrettet. Nævnet lagde tillige vægt på, at de af klager anmeldte skader til hans to tidligere forsikringsselskaber og de deraf afledte skadesudbetalinger ikke i sig selv var af en sådan karakter/størrelse, at dette efter et 5-årigt aftaleforhold med klager kunne begrunde, at selskabet foretog opsigelse af forsikringerne med tilbagevirkende kraft. Med hensyn til selskabets tilbagebetalingskrav for så vidt angår bilforsikringen med [police-

nummer 2] lagde nævnet tillige vægt på, at bilforsikringen ophørte den 5/8 2013, hvorfor klageren måtte have en berettiget forventning om, at dette aftaleforhold var endeligt afsluttet, når der var gået en vis periode efter aftaleforholdets ophør. Nævnet bemærkede, at selskabet ikke havde fremlagt oplysninger, som gav nævnet grundlag for at lægge til grund, at klagerens forskellige bilforsikringer måtte "betragtes som en kontinuerlig kæde af ensartede bilforsikringer", således som det var tilfældet i sag 89286 (vedr. opsigelse af bilforsikringer).

Som følge heraf fandt nævnet, at selskabet var ikke berettiget til at kræve tilbagebetaling af tidligere udbetalte erstatninger til klager, ligesom selskabet var forpligtet til at realitetsbehandle og udbetale erstatning i overensstemmelse med aftalegrundlaget for det tyveri, der ifølge klagerens skadesanmeldelse skete den 24/2 2017.

Selskabet anfægtede kendelsen og anførte blandt andet, at der med den afsagte kendelse blev åbnet for anvendelse af forsikringsaftalens § 6, stk. 3 i tilfælde, som falder uden for det af lovgiver tiltænkte begrænsede anvendelsesområde. Endvidere anførte selskabet, at "med den afsagte kendelse pålægges selskaberne endvidere en pligt til at indhente oplysninger om tidligere skadeforløb i et langt videre – men efter kendelsen fortsat ukendt – omfang end sådanne oplysninger sædvanligvis indhentes i dag".

I anfægtelsen oplyste selskabet endvidere, at "selskabet – på trods af anfægtelsen – har valgt alene at fastholde afvisning af forsikringsdækning og inddrivelse af selskabets tilbagesøgningskrav i forhold til den i sagen omhandlende indboforsikring".

Klageren indbragte sagen for Københavns Byret, der ved dom af 10/2 2020 fri fandt selskabet. Af dommen fremgår blandt andet:

"Retten begrundelse og resultat

Retten lægger til grund, at sagsøger inden forsikringstegningen hos sagsøgte har været forsikret i henholdsvis ... og ... og at han 3 år forud for udfyldelse af de af sagsøgte fremsendte acceptbilag har haft i alt 4 skader i ... og 3 skader i

Retten lægger videre til grund, at sagsøger i acceptbilagene dels har afkrydset i feltet "nej" ved spørgsmålet om han tidligere har fået pålagt forhøjet selvrisiko eller pris af noget forsikringsselskab og dels har bekræftet oplysningerne om, at han "inden for de sidste 3 år har anmeldt 2 skader, herunder 2 tyveriskader og herunder 0 cykeltyverier".

Retten lægger endelig til grund, at det af acceptbilagene fremgår, at tilbuddet ikke er gældende, hvis man tidligere har fået pålagt forhøjet selvrisiko eller pris af noget forsikringsselskab, at man ved sin underskrift erklærer, at alle oplysninger er i overensstemmelse med de faktiske forhold, at intet forsikringstageren bekendt er fortiet samt at man - også for så vidt angår skadeoplysningerne - er bekendt med,

at urigtig besvarelse kan medføre bortfald eller nedsættelse af en eventuel erstatning.

Herefter, og da det ikke findes godtgjort, at sagsøger til sagsøgte telefonisk har oplyst om de mange forudgående skader, findes sagsøger objektivt at have afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med forsikringstegningen, hvilket må tilregnes ham som i det mindste uagtsomt, henset til at samtlige ovennævnte oplysninger fremgår tilstrækkeligt tydeligt til, at sagsøger må have bemærket dem.

Da sagsøgte endvidere har godtgjort, at selskabet i henhold til indtegningsreglerne ikke ville have tegnet sagsøgers forsikringer ved korrekt oplysning om de forudgående skader hos ... og ..., findes forholdet omfattet af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1.

Retten lægger til grund, at sagsøgte først modtog oplysning om sagsøgers tidligere forsikringsskader i ... og ... den 16. og 17. marts 2017. At sagsøger i acceptbilagene har meddelt sagsøgte tilladelse til at indhente oplysninger fra tidligere forsikrings-selskaber til brug for sagsøgtes vurdering af, om forsikring kunne tegnes og på hvilke vilkår, medfører ikke i sig selv en pligt for sagsøgte til at kontakte ... og Sagsøgte findes herefter ikke at have været eller burde have været vidende om de rette forhold, ligesom sagsøgte findes at have handlet uden unødigt ophold, da selskabet blev bekendt med oplysningerne, jf. forsikringsaftalelovens § 8 og § 9.

Sagsøgers urigtige oplysninger om forsikringsforholdene i ... og ... findes ikke at have haft indflydelse på indbrudstyveriet den 24. februar 2017 eller skadens størrelse. Under hensyn til, at sagsøger har afgivet urigtige svar på klare og enkle spørgsmål og udsagn, sammenholdt med den forholdsvis korte periode, der er forløbet fra afgivelsen af de urigtige oplysninger til indbrudstyveriet, findes der ikke at foreligge sådanne særlige omstændigheder, at forholdet bør henføres under forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3.

Herefter frifindes sagsøgte for sagsøgers påstand og sagsøger tilpligtes at tilbagebetale de tidligere af sagsøgte udbetalte erstatningsbeløb."

3.3. Anfægtede sager - forligt.

8 anfægtede sager blev forligt. Heraf er 4 af sagerne afgjort af nævnet i 2019, mens de øvrige 4 sager er afgjort af nævnet i tidligere år.

3.3.1. Sag 89683. Afskrivningsprincipper mm./ulovlig rørinstallation.

Ejerskifteforsikring. Qudos Insurance A/S, v/Frida Forsikring Agentur A/S. Sagen vedrørte erstatningsopgørelsen for ulovlige, galvaniserede vandrør i en ejendom fra 1977. Nævnet fandt, at selskabet havde afgivet et ubetinget og bindende dækningstilsagn og ikke på et senere tidspunkt, hvor der var opstået uenighed om erstatningsopgørelsen, kunne kræve, at klageren indgav dispensationsansøgning til kommunen. Nævnet fandt, at selskabet ikke havde sandsynlig-

gjort, at skaden kunne udbedres for det af VVS-konsulentens anslåede beløb. Nævnet lagde bl.a. vægt på, at VVS-konsulentens udbedringsmetode hverken fandt støtte i selskabets taksatorrapport eller klagerens byggetekniske rapport, og at beskrivelsen fremstod ganske kortfattet og ufuldstændig. Nævnet lagde også vægt på, at selskabet ikke havde godtgjort, at klageren måtte tåle en udvendig "postkasseløsning", hvilket ikke var samme byggemetode. Nævnet fandt, at selskabet kunne foretage afskrivning vedr. smede- og VVS-arbejdet vedr. vandrørene men ikke for murerarbejdet, herunder med opbrydning af betondæk mv. Nævnet fandt, at selskabet skulle dække klagerens udgifter til byggesagkyndig rapport, men at klageren ikke havde krav på dækning for forøgede finansieringsomkostninger eller fortabt mulighed for håndværkerfradrag som følge af langsommelig sagsbehandling. Nævnet fandt, at selskabet skulle dække genhusning i 12 mdr. Nævnet fandt, at erstatningen skulle opgøres til 303.399 kr. med tillæg af erstatning for tømmer-, el-, maler- og rengøringsarbejde efter regning og udgifter til byggesagkyndig rapport efter regning.

Selskabet har oplyst, at sagen er forliget efter sagen blev indbragt for domstolene, og at forliget i det store hele følger nævnets kendelse. Selskabet har bemærket, at anfægtelsen skyldtes selskabets tidligere principielle uenighed i nævnets praksis vedrørende afskrivninger i henhold til ejerskifteforsikringen.

3.3.2. Sag 91011. Erstatningsopgørelse indbrudstyveri.

Familieforsikring. Nykredit Forsikring A/S.

Selskabet havde anerkendt, at der var tale om et dækningsberettigende indbrud og havde udbetalt erstatning for smykker og andre personlige ejendele. Der var tvist om ejerskab og værdi af syv guldsmykker. Selskabet havde for to af smykkerne afvist at udbetale yderligere erstatning med henvisning til manglende dokumentation for ejerskab/besiddelse og havde for de resterende fem smykker fastsat erstatningen skønsmæssigt med henvisning til, at værdien ikke var tilstrækkeligt dokumenteret. Klageren havde, for så vidt angik de fem smykker, fremlagt private købskvitteringer med oplysninger om karat, vægt, pris samt navn og adresse på sælgerne. Nævnet fandt, at klageren i tilstrækkelig grad havde sandsynliggjort værdien af de fem smykker. Nævnet fandt, at klageren ved at fremlægge købskvittering og annonce fra hjemmeside, havde dokumenteret ejerskab og værdi af endnu et af de to øvrige smykker. Nævnet fandt, at klageren ikke i tilstrækkelig grad havde sandsynliggjort ejerskab af det sidste smykke, hvor der alene var fremlagt certifikat og et utydeligt billede.

Selskabet anfægtede kendelsen. Selskabet har oplyst, at der er indgået retsforlig i sagen, og at indholdet af forliget ikke kan oplyses.

3.3.3. Sag 91399. Urigtige risikoplysninger/grov uagtsomhed.

Bygningsforsikring. Thisted Forsikring A/S.

Selskabet anførte, at klageren ved indtegningen af forsikringen afgav urigtige oplysninger. Selskabet havde som følge heraf opsagt klagerens bygningskaskoforsikring med tilbagevirkende kraft samt foretaget pro rata nedsættelse af erstatnings-

summen vedrørende den anmeldte brandskade og forhøjet klagerens selvrisiko. Selskabet havde endvidere reduceret erstatningen med yderligere 25 % med henvisning til, at klageren havde forvoldt branden ved grov uagtsomhed. Nævnet fandt, at selskabet ikke havde bevist, at selskabet i henhold til dets tegningsregler ikke ville have tegnet bygningskaskoforsikringen, samt at selskabet ville have tegnet bygningsbrandforsikringen med en præmie på 13.976 kr. og en selvrisiko på 25.000 kr. På baggrund heraf fandt nævnet, at selskabet ikke havde været berettiget til at opsiges klagerens bygningsbrandforsikring samt foretage pro rata nedsættelse af erstatningssummen og forhøje klagerens selvrisiko til 25.000 kr. Nævnet fandt, at klageren havde udvist en sådan grad af grov uagtsomhed, at selskabet var berettiget til at nedsætte erstatningssummen med 15 procent.

Selskabet anfægtede sagen under henvisning til blandt andet, at selskabet havde fastsat den nye præmie på baggrund af en konkret risikovurdering, og at selskabet var uenig i nævnets vurdering af, hvilke oplysninger klageren burde have oplyst om ved tegningen.

Selskabet advokat har oplyst, at sagen er forliget efter, at klageren indgav stævning ved retten, da klageren fik problemer med at dokumentere de påståede afholdte udgifter til renovering af ejendommen efter skaden. Der blev stævnet for ca. 585.000 kr. og sagen blev forliget på ca. 190.000 kr. Af forligsteksten fremgår bl.a., "Parterne er enige om, at Ankenævnet for Forsikrings kendelse af den 24. januar 2018 forligsmæssigt skal lægges til grund, således at Thisted Forsikring A/S forligsmæssigt i forhold til spørgsmålet om selskabets erstatningspligt under den lovpligtige brandforsikring, og at Thisted Forsikring i forhold til denne dækning anerkender, at der ikke er afgivet urigtige risikoplysninger, idet parterne i øvrigt er enige om, at der er handlet groft uagtsomt".

3.3.4. Sag 91743. Selvforskyldt beruselse/grov uagtsomhed. Ulykkesforsikring. Lokal Forsikring G/S.

Klageren havde været til julefrokost og var gået i seng. Han vågnede kl. 01.30 og skulle på toilettet, der var placeret i stueetagen. Han faldt ned ad den stejle trappe mellem stuen og første sal med betydelig personskade til følge. Selskabet afviste dækning – på trods af et tidligere afgivet dækningstilsagn – under henvisning til, at ulykken var fremkaldt ved selvforskyldt beruselse. Klageren anførte, at hovedårsagen til uheldet var trappens indretning. Nævnet fandt, at selskabet ikke var bundet af det afgivne dækningstilsagn, da selskabet ikke var blevet oplyst om, at klageren var alkoholpåvirket på ulykkestidspunktet, da tilsagnet blev givet. Efter en gennemgang af sagen fandt nævnets flertal, at selskabet ikke havde bevist, at hovedårsagen til ulykken var klagerens selvforskyldte beruselse. Flertallet lagde på baggrund af en retskemisk erklæring til grund, at klageren på ulykkestidspunktet i hvert fald havde en alkoholpromille på 1,41. Flertallet lagde også vægt på, at trappen var stejl, hvorfor den særligt i mørke var risikabel at gå ned ad. Flertallet fandt, at klageren ikke havde fremkaldt ulykkestilfældet ved grov uagtsomhed og lagde bl.a. vægt på, at trappen var klagerens eneste vej til et toilet.

Selskabet har oplyst, at klageren anlagde retssag mod selskabet, og at sagen er blevet forligt mod, at selskabet betalte ca. 2/3 af det rejste krav.

3.3.5. Sag 92064. Omvalg/grundlagsrente.

Arbejdsmarkedspension. P+, Pensionskassen for Akademikere.

Klageren blev i 1992 omfattet af en pensionsordning med ydelsesgaranti. I 2005 indførte selskabet "afdeling 2", hvor beregningsrenten var 0 % og der gjaldt betingede garantier, dvs. grundlagspensionen kunne nedsættes, hvis der skete væsentlige ændringer i forudsætningerne. I 2006 ændrede selskabet vilkår for "afdeling 1", så bonus, indskud og bidragsforhøjelser herefter blev behandlet på samme vilkår som i afdeling 2. Klageren valgte at forblive i afdeling 1 og afslog omvalgstilbud i 2011 og 2012. I 2017 meddelte selskabet, at det pga. bl.a. ændrede levetider var nødt til at nedsætte den del af klagerens grundlagspension, som var på betingede garantier. Nævnet fandt, at klageren ikke havde bevist, at der var grundlag for at antage, at selskabets bestyrelse og aktuar havde fastsat det tekniske grundlag i strid med vedtægter eller offentligretlige regler. Nævnet bemærkede herved, at Finanstilsynet ikke havde haft bemærkninger til vilkårsændringerne i 2006. Nævnet fandt, at selskabets pensionsoversigter fra 2009 og 2010 var mangelfulde, idet der burde have været en klar tilkendegivelse af, at grundlagspensionen ikke i det hele var underlagt ubetinget garanti. Nævnet fandt, at omvalgsmaterialet fra 2012 var tilsvarende mangelfuldt. Nævnet fandt, at den mangelfulde information ikke var af en sådan karakter, at selskabet kunne pålægges at skulle anerkende, at klageren kunne støtte ret på et tilsagn om, at der gjaldt ubetinget garanti for hele hendes ordning. Nævnet fandt, at manglerne i omvalgsmaterialet indebar, at klageren ud fra forudsætningslæren havde ret til at fortryde sin beslutning om ikke at vælge om i 2012.

Selskabet har oplyst, at sagen er forligt mellem parterne, og at det er aftalt, at forliget ikke kan offentliggøres.

3.3.6. Sag 92347. Erhvervsevnetab.

Individuel pension. Velliv, Pension og Livsforsikring A/S.

Klageren havde modtaget udbetaling ved tabt erhvervsevne fra den 1/5 2005. Selskabet standsede udbetalingerne af helbredsbetingede ydelser den 1/2 2018. Selskabet anførte, at klageren ikke længere havde et dækningsberettigende erhvervsevnetab, og selskabet henviste bl.a. til trackingdata fra Endomondo, som viste, at der i perioden 2014-2016 havde været et antal løbeture, og at distancerne var mellem 2-12 km. Selskabet henviste desuden til opslag på Facebook, hvor klageren havde deltaget i mountainbikecykling og til nogle ferie billeder. Nævnet fandt, at det henset til længden af udbetalingsperioden var selskabet, som skulle godtgøre, at der var sket en sådan forbedring i klagerens forhold, at hun ikke længere havde et dækningsberettigende erhvervsevnetab. Nævnets flertal fandt, at selskabet ikke i tilstrækkelig grad havde godtgjort, at der var sket en sådan forbedring i klagerens forhold, at hendes erhvervsevne pr. 1/2 2018 ikke længere var nedsat med mindst 1/2. Selskabet skulle derfor anerkende, at klagerens erhvervsevne fortsat var nedsat med mindst 1/2. Selskabet skulle genoptage sagens be-

handling og yde dækning fra den 1/2 2018 med tillæg af renter efter FAL § 24. Selskabet skulle endvidere anerkende, at klageren havde ret til præmiefritagelse og tilbagebetale den præmie, som klageren måtte have indbetalt fra den 1/2 2018.

Selskabet anfægtede sagen. Selskabet har oplyst, at det har valgt at følge kendelsen pr. kulance.

3.3.7. Sag 93156. Overførsel af ratepension.

Firmapension. PFA Pension.

Klageren ønskede at overføre 2.000 kr. fra sin obligatoriske firma-ratepension til en nyoprettet ratepension, hvor der var ret til påbegyndelse af udbetalinger fra det fyldte 60. år. Nævnet bemærkede, at pensionsbeskatningslovens § 41 ikke var til hinder for, at selskabet overførte beløbet. Nævnet fandt, at selskabet skulle anerkende at foretage en delvis overførsel af ratepensionen som ønsket af klageren under forudsætning af, at klageren kunne opnå arbejdsgiverens samtykke hertil. Nævnet lagde bl.a. vægt på, at det efter nævnets opfattelse måtte anses for almindelig branchesædvane, at pensionsselskaber – mod gebyr – gennemførte overførsler som den, klageren ønskede. Nævnet lagde også vægt på, at selskabet ikke havde godtgjort, at der forelå en rimelig grund til at afvise klagerens anmodning, hvis klageren kunne opnå arbejdsgiverens samtykke til overførslen.

Selskabet anfægtede sagen. Selskabet har oplyst, at det har valgt at følge kendelsen pr. kulance.

3.3.8. Sag 93587. Forældelse.

Kritisk sygdom. PFA Pension.

Klageren anmeldte den 23/6 2018, at han havde fået stillet diagnosen sklerose. Han henviste til, at han først ved en kontrol den 21/6 2018 havde fået oplyst, at hans diagnose var ændret fra forstadie til sklerose til dissemineret sklerose. Selskabet afviste dækning med henvisning til, at klagerens krav var forældet. Selskabet anførte, at klageren senest i december 2012 havde opfyldt diagnosekriterierne. Nævnet fandt, at klageren først i forbindelse med hospitalsbesøg i 2018 havde fået kendskab til diagnosen og dermed var ubekendt med kravet frem til dette tidspunkt, jf. forældelseslovens § 3, stk. 2. Nævnet lagde vægt på de informationer, som klageren ifølge sagens lægelige materiale havde fået.

Selskabet anfægtede sagen under henvisning til blandt andet, at det måtte have formodningen imod sig, at man i det danske sundhedsvæsen ikke får oplysning om, at der stilles en så alvorlig diagnose som sklerose, og at selskabet ikke fandt, at klagerens forklaring i tilstrækkeligt omfang fandt støtte i journalmaterialet. Selskabet har oplyst, at selskabet har valgt at følge kendelsen pr. kulance.

3.4. Anfægtede sager - klageren opgav sagen.

I 3 anfægtede sager har klageren meddelt, at sagen - som nævnet har afgjort i tidligere år end 2019 - ikke fortsættes.

3.4.1. Sag 88866. Méngrad.

Ulykkesforsikring. Alm. Brand.

Klageren fik en rygskaide i 2013, da han forsøgte at løfte en frossen jordklump på 50 kg. Arbejdsskadestyrelsen (ASK) anerkendte hændelsen som en arbejdsskade og fastsatte méngraden til 10 % mén. I en udtalelse i den private erstatningssag fastsatte ASK ligeledes méngraden til 10 %. Selskabet indhentede en speciallægeerklæring, hvoraf det fremgik, at der var forudbestående ryglidelser, som de nuværende gener efter ulykken var en forværring af. Selskabet anmodede på denne baggrund ASK om en ny vurdering. ASK fastholdt méngraden på 10 %. Selskabet afviste at yde dækning med henvisning til, at vurderingen fra ASK var forkert. Nævnets flertal fandt, at selskabet ikke havde været berettiget til at afvise dækning. Flertallet lagde vægt på, at ASK i sin vurdering havde taget højde for forudbestående lidelser, og at flertallet efter en gennemgang af det lægelige materiale ikke fandt anledning til at tidsidesætte vurderingen fra ASK.

Selskabet anfægtede kendelsen. Efter indhentelse af en udtalelse fra Retslægerådet hævdede klageren retssagen.

3.4.2. Sag 92141. Forudbestående behandlingsbehov.

Tandforsikring. Global Dental Insurance A/S, v/Dansk Tandforsikring.

Selskabet havde afvist dækning af udgifter til kronebehandling af tanden +6 under henvisning til, at forsikringen undtog, "allerede igangværende, planlagte eller anbefalede behandlinger". Efter en gennemgang af sagen, herunder klagerens tandlægejournal, fandt nævnet, at selskabet skulle dække udgiften til kronebehandlingen af tanden. Nævnet lagde bl.a. vægt på, at selskabet ikke havde godtgjort, at behandlingen var undtaget, da nævnet måtte lægge til grund, at det aktuelle behandlingsbehov ikke var til stede på tegningstidspunktet, og da bestemmelsen efter sin ordlyd ikke kunne udstrækkes til at omfatte behandlingsbehov, der på tegningstidspunktet med en vis sandsynlighed måtte kunne opstå fremover, men som ikke var aktuelt behandlingskrævende.

Selskabet anfægtede kendelsen, da selskabet var uenig i nævnets vurdering af, at der i journalen forud for tegningen af forsikringen ikke var oplysninger om en tandlægefaglig anbefaling af en protetisk behandling.

3.4.3. Sag 91789. Forudbestående behandlingsbehov.

Rejseforsikring. ETU Forsikring.

Klagerens flyafgang var blevet rykket frem, uden at flyselskabet havde givet hende besked. Forsikringen dækkede ekstraudgifter til at indhente den fastlagte rejserute, hvis forsikrede uforskyldt og uforudseeligt mødte efter det tidspunkt, som var fastlagt til rejsen. Selskabet afviste at yde forsikringsdækning, da klageren mødte frem rettidigt i forhold til det oprindeligt planlagte rejsetidspunkt. Nævnet fandt, at forsikringsbetingelserne måtte forstås således, at forsikringen også dækkede i den situation, hvor forsikringstageren ikke kom med på rejsen som planlagt, fordi flyselskabet havde ændret det oprindeligt fastlagte afrejsetidspunkt til et andet tidligere fastlagt rejsetidspunkt, som ikke var meddelt klageren. På denne bag-

grund fandt nævnet, at klageren og hendes rejsefælle var berettiget til at få dækket ekstraudgifterne til køb af nye flybilletter.

Selskabet anfægtede kendelsen, da selskabet var uenig i nævnets fortolkning af forsikringsbetingelserne.

4. Domme i andre nævnsbehandlede sager.

Nævnet har kendskab til 13 retssager, der er afgjort af domstolene, efter at nævnet havde givet selskabet medhold. Af de 13 sager fik selskabet medhold igen i 8 sager. Klageren fik helt eller delvis medhold i 5 sager. Se afsnit 4.1, 4.2, 4.5, 4.9 og 4.12.

Nævnet har i år ikke fået oplysninger om sager afgjort af domstolene, hvor nævnet – med henvisning til vedtægternes § 4 - har afvist at afgøre sagen på grund af usikkerheden om den bevismæssige bedømmelse eller sagens principielle juridiske problemstilling.

4.1. Sag 80.418 og 83090. Erhvervsevnetab.

Individuel pension. SEB Pensionsforsikring A/S.

Klageren led af følger efter en motorcykelulykke den 18/8 2006. Selskabet udbetalte ydelser i en midlertidig periode fra den 18/11 2006 til den 1/10 2009 men afviste dækning herefter med henvisning til, at klagerens generelle erhvervsevne ikke var nedsat i dækningsberettigende grad, hvilket selskabet fik medhold i ved kendelse 80418 af 12/3 2012. Efter nævnets afgørelse fremkom der to udtalelser fra Arbejdsskadestyrelsen med vurderinger af klagerens erhvervsevne af henholdsvis den 2/12 2011 og den 2/3 2012, og klageren anmodede om genoptagelse af sagen. Nævnet genoptog sagen og fandt, at klageren fortsat ikke havde bevist, at hans generelle erhvervsevne var nedsat med 50 % eller derover.

Sagen blev først indbragt for Københavns Byret, der ved dom af 7/8 2015 frifandt selskabet. I dommen hedder det blandt andet:

"Rettsens begrundelse og afgørelse

Det er i forsikringsaftalens § 3 fastsat, at der ved vurderingen af erhvervsevnen skal ske en bedømmelse af forsikredes evne til *'at tjene, hvad der i samme egn er sædvanligt for fuldt erhvervsdygtige personer med lignende uddannelse og alder'*, og at bedømmelsen heraf skal ske under hensyn til *'forsikredes tilstand, uddannelse og tidligere virksomhed'*.

Det fremgår af forsikringsaftalens § 3, pkt. D, at forsikringsselskabet kan forlange de oplysninger, der må anses for nødvendige til bedømmelse af forsikredes erhvervsevne.

Det fremgår endvidere af det til forsikringsaftalen hørende 'Udbetalingsbilag', at hvis det efter udløbet af 'venteperioden' skønnes, at der ikke er mulighed for, at den forsikrede kan vende tilbage til samme erhverv, men derimod til et andet, foretages der en vurdering af mulighederne for, om forsikrede kan ud-

føre et andet erhverv, 'som man med rimelighed kan forlange, at den forsikrede påtager sig'.

Vurderingen af erhvervsevnen skal således efter forsikringsaftalen inddrage såvel en bedømmelse af forsikredes helbredsmaessige tilstand som en bedømmelse af hans indtjeningsevne.

Efter de lægelige oplysninger lægges det til grund, at sagsøger har fysiske gener i højre ben og venstre skulder/arm efter ulykken i 2006, og at han også fortsat er smertepåvirket. Det lægges endvidere til grund, at sagsøger har klageren over nogle mentale gener, der nogle steder er omtalt som 'sorte dage', andre steder som 'black outs'. Retten finder, at disse gener ikke er endeligt klarlagt, herunder med hensyn til eventuel relevant behandling. Retten lægger efter de lægelige oplysninger til grund, at sagsøger ikke længere tager nogen form for medicin. Det findes ikke godtgjort, at speciallæge ...s skøn over sagsøgers erhvervsevne i udtalelsen af 17. februar 2009 angår andet end sagsøgers hidtidige beskæftigelse, hvorom det i udtalelsen er oplyst, at han havde en selvstændig ... forretning.

Retten har ved vurderingen af sagsøgers indtjeningsevne, lagt til grund, at sagsøger før ulykken den 18. august 2006 på grund af tidligere skader var overgået fra at have udført [fysisk arbejde] til i det væsentlige kun at udføre administrativt arbejde i ... forretningen, og at dette arbejde var et fuldtidsarbejde.

Det lægges efter bevisførelsen til grund, at sagsøgers bror, ..., efter ulykken i 2006 overtog den daglige drift af ... forretningen, og at sagsøger fortsat er ejer af virksomheden og direktør for denne.

Det lægges endvidere efter sagsøgers og hans [familiemedlems] forklaringer til grund, at sagsøger på ny kommer i ... virksomheden i en begrænset tidsmæssig udstrækning, at sagsøgers direkte telefonnummer er oplyst på virksomhedens hjemmeside, og at [familiemedlem] drøfter større dispositioner med sagsøger, herunder i fritiden.

Sagsøger har forklaret, at han udfører alt arbejde vedrørende ... selskabet, hvilket arbejde i følge sagsøger navnlig består i udstedelse af fakturaer fire gange årligt. Efter oplysningerne om selskabets regnskabstal må det endvidere lægges til grund, at der i dette selskab i årene 2011-2013 har været afholdt væsentlig større udgifter, som ifølge sagsøgers forklaring vedrørte ... arbejder.

Sagsøger har endvidere forklaret, at han ligeledes selv stod for den værdipapirhandel, der foregik gennem selskabet ...

Retten har i den forbindelse lagt vægt på sagsøgers forklaring om, at han i 2008 tabte ca. 18 mio. kr., og at han derefter stillede alle sine aktiver til sikkerhed for lån, således at han det følgende år fik et positivt resultat på 9,6 mio. kr.

Retten har lagt vægt på, at sagsøger ikke har gennemført arbejdsprøvning, men stoppede i praktikken efter to dage på grund af forhold, der ikke indgår i sagsøgers begrundelse for erhvervsevnetabet. På denne baggrund og efter en samlet vurdering af oplysningerne om sagsøgers gener på grund af ulykken og/eller sygdom sammenholdt med oplysningerne om de arbejdsmæssige opgaver, som han har været i stand til at varetage, og de indtægter, som han har, finder retten det ikke godtgjort, at sagsøgers erhvervsevne efter den 1. oktober 2009 generelt var nedsat med 50 procent eller mere.

Sagsøgtes påstand tages derfor til følge.

...

Sagsøgte, SEB Pensionsforsikring A/S, frifindes"

Klageren ankede til Østre Landsret, der i dom af 26/9 2018 gav klageren medhold. Af dommen fremgår blandt andet:

"Landsrettens begrundelse og resultat

For landsretten er sagens hovedspørgsmål for det første, om udbetalingsbilaget og brevet af 5. august 1988 begrænser policens almindelige definition i § 3 af, hvornår der foreligger en nedsættelse af erhvervsevnen, til udelukkende at angå en lægelig vurdering, eller om den almindelige definition er gældende, og for det andet, om betingelserne konkret er opfyldt.

Landsretten tiltræder byrettens vurdering af, at udbetalingsbilaget og brevet af 5. august 1988 ikke begrænser policens almindelige definition i § 3 af, hvornår der foreligger en nedsættelse af erhvervsevnen, til udelukkende at angå en lægelig vurdering. Landsretten bemærker i den forbindelse, at brevet af 5. august 1988 ikke indeholder nogen definition af erhvervsevnebegrebet.

Landsretten tiltræder endvidere byrettens beskrivelse af [klagerens] gener.

Speciallæge i ortopædkirurgi ... afgav erklæringen af 17. februar 2009 på foranledning af SEB Pensionsforsikring A/S. Opdraget var blandt andet at udtale sig om årsagen til og sammenhængen med eventuel uarbejdsdygtighed i hidtidig beskæftigelse. Under sociale forhold er anført, at [klageren] i [1980'erne] startede som ..., og at han samtidig startede en selvstændig ... forretning. Forretningen består af ... ansatte og ... Det er videre anført, at det aktuelt er broderen, som har den daglige ledelse. I erklæringen har [speciallæge] givet udtryk for, at [klagerens] uarbejdsdygtighed både skyldes de fysiske skader efter ulykken og hans mentale tilstand, der blandt andet bevirker black-outs. De fysiske skader skønnes at nedsætte [klagerens] arbejdsevne i hidtidig beskæftigelse med mere end 50 %.

Landsretten må på denne baggrund lægge til grund, at [speciallæge] har vurderet [klagerens] arbejdsevne i forhold til hans funktion som leder af en mindre virksomhed.

[Klageren] havde efter det oplyste i [1990'erne] været udsat for en ulykke, der medførte, at han ikke kunne fortsætte med at udføre fysisk belastende arbejdsopgaver i ... forretningen, og at han i det væsentlige overgik til at udføre administrativt arbejde.

Landsretten finder det på denne baggrund godtgjort, at [klagerens] erhvervsevne efter ulykken i 2006 efter en lægelig vurdering har været begrænset i betydelig grad.

Erklæringerne af 27. februar 2009 fra overlæge, dr. med., speciallæge i neurologi ... og neuropsykolog, cand. psych., dr. med. ... ændrer ikke herved. Det bemærkes i øvrigt, at den senere erklæring af 5. januar 2011 fra speciallæge i ortopædkirurgi ..., der behandlede [klageren] efter ulykken, med angivelse af, at [klagerens] erhvervsevne generelt var nedsat med mindst 50 %, også understøtter bevisvurderingen, samt at Arbejdsskadestyrelsen i dennes udtalelse af 2. marts 2012, der også inddrog en vurdering af [klagerens] muligheder for at varetage administrative opgaver, ud fra til et beslægtet kriterium vurderede, at '[Klagerens] samlede erhvervsevnetab er nedsat med mere end halvdelen ...'.

Landsretten lægger navnlig efter [klagerens] og [familiemedlems] forklaringer til grund, at [klageren] efter ulykken i 2006 kun kunne udføre begrænsede opgaver i virksomheden, og at hans aflønning ikke afspejlede værdien af hans arbejdsindsats. Landsretten kan således ikke lægge afgørende vægt på størrelsen af [klagerens] løn i ... forretningen eller størrelsen af hans personlige indkomst, idet det supplerende bemærkes, at indtægter, der kan henføres til investeringer og udbytte som ejer ikke kan anses som relevante efter forsikringsaftalens § 3. Landsretten finder således ikke, at [klageren] efter sin egen arbejdsindsats kan anses for at have tjent mindst halvdelen af sin tidligere indtægt.

[Klagerens] erhvervsevne skal efter det generelle kriterium i policens § 3 vurderes i forhold til, hvad der i samme egn er sædvanligt for fuldt erhvervsdygtige personer med lignende uddannelse og alder. Det anføres, at bedømmelsen skal foretages under hensyntagen til forsikredes tilstand, uddannelse og tidligere virksomhed. Af udbetalingsbilaget kan udledes, at der tages udgangspunkt i forsikringstagerens hidtidige erhverv, men at der også henses til muligheden for at arbejde i et andet erhverv, som man med rimelighed kan forlange, at forsikringstageren påtager sig.

Efter omstændighederne finder landsretten det rettest at forstå parternes aftaleforhold således, at [klagerens] indtjening som udgangspunkt skal sammenlignes med, hvad en leder af en mindre virksomhed i [landsdel] ville kunne tjene.

Parterne har ikke fremlagt oplysninger om en sådan leders indtjening. Landsretten finder det imidlertid, uanset den manglende arbejdsprøvning og uanset

det antal timer, [klageren] faktisk har været i virksomheden, ubetænkeligt at lægge til grund, at [klageren] med de angivne fysiske og mentale gener ikke ville være i stand til at bestride et job, der ville kunne give ham en indtjening på mindst halvdelen af den indtægt, en leder af en mindre virksomhed ville kunne have tjent.

Landsretten finder det efter de foreliggende oplysninger ligeledes ubetænkeligt at lægge til grund, at [klageren] heller ikke i et andet erhverv, som man med rimelighed kan forlange, at han påtager sig, vil kunne skaffe sig den fornødne indtjening.

Landsretten tager derfor [klagerens] påstand til følge.

...

SEB Pensionsforsikring A/S skal anerkende, at [klagerens] generelle erhvervs-evne er og har været nedsat med minimum 50 % siden ulykken 18. august 2006, og at selskabet derfor ikke har været berettiget til at ophøre med forsikringsudbetalinger og præmiefritagelse fra og med den 1. oktober 2009,"

4.2. Sag 87759. Grov uagtsomhed.

Ulykkesforsikring. ETU Forsikring A/S.

I forbindelse med tagudskiftning faldt klageren ned fra et bukestillads. Ved faldet pådrog han sig blandt andet hjerneskade. Nævnet fandt det godtgjort, at klageren havde fremkaldt skaden ved grov uagtsomhed. Nævnet lagde bl.a. vægt på, at det af Arbejdstilsynets påbud kunne udledes, at den vejledningsstridige opstilling af stilladset i hvert fald havde været kraftigt medvirkende til ulykken, og at klageren som ejer af virksomheden havde en tilsynspligt, og at han derfor burde have været opmærksom på, at stilladset ikke var korrekt opstillet.

Klageren indbragte sagen for Retten i Sønderborg, der afgjorde sagen i klagerens favør ved kendelse af 3/4 2017. Af kendelsen fremgår blandt andet:

"Rettens begrundelse og afgørelse

På baggrund af forklaringerne fra ... og ..., samt det udstedte påbud fra Arbejdstilsynet, findes det bevist, at ... og ... fandt en del mangler ved det opstillede stillads, da de foretog besigtigelse af uheldsstedet dagen efter ulykken. På baggrund af de afgivne forklaringer lægges det til grund, at Arbejdstilsynets repræsentanter ikke har besigtiget den plade, der faldt ned fra stilladset.

... og ... har ikke kunnet fastslå, hvad årsagen til ulykken var, og sammenholdt med forklaringerne fra ... og ..., findes det ikke godtgjort, at faldulykken fra stilladset var en følge af de af Arbejdstilsynet påpegede monteringsfejl. Allerede derfor findes det ikke godtgjort, at der i sagen skulle være grundlag for at lade en eventuel erstatning bortfalde som følge af grov uagtsomhed udvist af ...

Thi bestemmes:

ETU Forsikring A/S tilpligtes af anerkende, at det ulykkestilfælde, som ... var udsat for den 10. februar 2014 udgør en dækningsberettiget skade omfattet af ulykkesforsikringen."

Selskabet indbragte sagen for Vestre Landsret, der også afgjorde sagen i klagerens favør ved kendelse af 13/12 2017. Af kendelsen fremgår blandt andet:

"Landsrettens begrundelse og resultat

Landsretten er enig i byrettens resultat og begrundelsen herfor. Det, der er fremkommet for landsretten, kan ikke føre til et andet resultat.

Landsretten stadfæster derfor byrettens kendelse."

4.3. Sag 89162. Bevis for bopæl på ø.

Ulykkesforsikring. Tryg Forsikring A/S.

Klageren kom til skade ved et færdselsuheld i udlandet på vej fra sin arbejdsplads til sit sommerhus på en dansk ø. Forsikringen omfattede den ansattes transport mellem arbejdssted og den private adresse i Danmark. Klageren anførte, at sommerhuset var hans private adresse på ulykkestidspunktet, uanset at han havde folkeregisteradresse et andet sted, idet han pga. renoveringsarbejde og af private årsager boede i sommerhuset på ulykkestidspunktet. Nævnet fandt, at den adresse, hvor en person var tilmeldt folkeregistret, normalt ville være den adresse, som personen boede på, men hvis en person godtgjorde, at dette ikke var tilfældet, ville "den private adresse" kunne være et andet sted. Nævnet fandt, at klageren ikke havde godtgjort, at hans sommerhus' adresse var hans private adresse, da han kom til skade under rejsen fredag eftermiddag til sit sommerhus. Nævnet lagde navnlig vægt på, at sommerhuset lå på en ø, langt væk fra arbejdsstedet.

Klageren indbragte sagen for Retten i Glostrup, der ved dom af 25/4 2017 gav klageren medhold. Af dommen fremgår blandt andet:

"Rettens begrundelse og afgørelse

Sagsøgeren var den 1. oktober 2010 ansat hos ... der hos sagsøgte havde tegnet forsikring for deres medarbejdere, herunder sagsøgeren.

Af forsikringsvilkårenes særlige betingelse ZZ02 fremgår, at der er 'dækning af ansattes transport til og fra arbejde'. Senere i forsikringsvilkårene præciserer/beskriver sagsøgte, hvad der nærmere ligger i betingelsen, og anfører der blandt andet, at det er transport til og fra 'den private adresse'.

Uenigheden mellem parterne vedrører, hvorledes '*den private adresse*' i forsikringsvilkårenes særlige betingelse ZZ02 (sagens bilag 2) skal forstås.

Sagsøgte har gjort gældende blandt andet, at 'den private adresse' er skrevet i ental og ikke i flertal, og at det ville have været naturligt at have skrevet bestemmelsen i flertal, hvis det var meningen, at der skulle være forsikringsdækning til alle de boliger, som den ansatte havde ejer- eller lejerettigheder over.

Retten finder, at sagsøgte som professionel erhvervsdrivende i forsikringsbranchen burde have skrevet 'folkeregisteradresse' i forsikringsvilkårene, hvis det kun var det, som skulle være dækket af bestemmelsen, og ikke benytte en formulering – 'den private adresse' – som ikke utvetydigt peger i retning af forståelsen 'folkeregisteradresse'. Uklarheden i bestemmelsen findes under disse omstændigheder at burde komme sagsøgte til skade.

Det er ubestridt under sagen, at sagsøgeren den 1. oktober 2010 var på vej fra arbejdspladsen til det sommerhus på ..., som var ejet af sagsøgeren.

På ovenstående baggrund finder retten, at sagsøgte skal anerkende, at sagsøgerens ulykke den 1. oktober 2010 er omfattet af forsikringsdækningen hos sagsøgte."

Selskabet indbragte sagen for Østre Landsret, der ved dom af 5/2 2018 frifandt selskabet. Af dommen fremgår blandt andet:

"Landsrettens begrundelse og resultat

Det er ubestridt, at [klageren] under kørsel fra [arbejdsgiver] i ... til sit sommerhus i ... den 1. oktober 2010 pådrog sig personskade ved en trafikulykke i ...

Twisten angår, om skaden er omfattet af klausul ZZ02 i forsikringen tegnet hos Tryg Forsikring A/S af [arbejdsgiver]. Med forsikringen er dækningen efter arbejdsskadesikringsloven udvidet til også at omfatte skader, som pådrages under transport 'til/fra/mellem permanente eller midlertidig(e) arbejdsplads(er) og fra den private adresse i Danmark'.

Landsretten finder, at ordlyden af klausul ZZ02 om transport mellem arbejdspladsen og 'den private adresse' efter en naturlig sproglig forståelse tager sigte på den ansattes transport til og fra vedkommendes private hjem. Det har her ved formodningen for sig, at den private adresse er sammenfaldende med folkeregisteradressen. Det, som [klageren] har anført om formålet med den udvidede dækning, kan ikke føre til en anden forståelse.

Bevisbyrden for, at det private hjem – og dermed 'den private adresse' – er beliggende andetsteds, påhviler vedkommende ansatte, der ønsker dækning fra forsikringen.

[Klageren] meddelte skriftligt den 29. juni 2010 [arbejdsgiver], at han fik ny primær adresse på ... fra og med ca. ultimo juli. Det fremgår af meddelelsen, at flytningen var midlertidig, og at hjemmearbejdspladsens faste installationer i ... (betalt af [arbejdsgiver] skulle forblive uberørt indtil videre. [Klageren] har under sagen forklaret, at han på ulykkestidspunktet var ved at blive separeret fra sin daværende ægtefælle ... og var flyttet fra boligen i ... til sit sommerhus i ... Den pågældende dag var han ved at flytte sine ting til sommerhuset. [Klagerens tidligere ægtefælle] har i erklæring af 14. september 2016 over for Ankenævnet for Forsikring bekræftet, at [klageren] havde privatadresse i ... på tids-

punktet for ulykken. Af erklæringen fremgår samtidig, at [klageren] der dengang rejste meget til [udlandet], af og til også lånte et værelse i huset i ... [Klageren] har tilsvarende forklaret, at han dengang var i [udlandet] under hovedparten af tiden i forbindelse med uddannelse og stadigvæk havde et værelse i ...

[Klageren] har ikke herudover fremlagt dokumentation for at have flyttet sit private hjem til ..., herunder i form af eksempelvis flyttemeddelelse til folkeregisteret, færgebilletter eller lignende vedrørende transport mellem ... og arbejdspladsen og kvitteringer for afholdte udgifter i tilknytning til opretholdelse af et hjem på ...

[Klageren] findes herefter ikke alene ved sin egen forklaring, flyttemeddelelsen til [arbejdsgiver], og den fremlagte erklæring fra sin tidligere ægtefælle at have løftet bevisbyrden for, at han på ulykkestidspunktet reelt havde sin private adresse i ...

Landsretten frifinder herefter Tryg Forsikring A/S"

4.4. Sag 89572. Fortolkning méngodtgørelse.

Rejseulykkesforsikring. AIG Europe.

Klageren og hans ægtefælle kom begge til skade på en rejse og pådrog sig varigt mén. Selskabet ydede erstatning for varigt mén til begge under deres respektive kreditkorts rejseulykkesforsikring men afviste, at de hver især var berettiget til dækning i henhold til den anden parts forsikring. Nævnet fandt, at klageren og hans ægtefælle var sikret i henhold til såvel rejseulykkesforsikringen tilknyttet eget kreditkort som rejseulykkesforsikringen tilknyttet ægtefællens kreditkort. Nævnets flertal kunne ikke kritisere selskabets afgørelse. Flertallet lagde vægt på, at det fremgik af betingelserne, at besiddelse af andre kreditkort udstedt af bankkoncernen aldrig kunne forpligte selskabet til at udbetale erstatning mere end én gang for samme skade. Flertallet fandt det ubetænkeligt at lægge til grund, at denne begrænsning fandt anvendelse i en situation som den foreliggende.

Klageren indbragte sagen for Retten på Frederiksberg, der ved dom af 8/6 2018 frifandt selskabet. Af dommen fremgår blandt andet:

"Rettens begrundelse og afgørelse

Banken har som forsikringstager og med FS som forsikringsgiver tegnet den forsikringsordning, som er knyttet til Bankens Guldkort, og den præmie, som Banken betaler herfor, beregnes efter parternes oplysninger i overensstemmelse med almindelig gruppeforsikringspraksis på grundlag af skadeshistorikken og uden hensyn til antallet af Guldkort.

Ordningen indebærer bl.a. forsikring mod visse risici i forbindelse med rejser. Således dækkes efter nærmere betingelser i Forsikringsbetingelsernes Sektion B, pkt. 6-8, *forsinkelse* af fly, flyforbindelse og/eller bagage hver med op til 6.000 kr., pr. rejse pr. sikret.

Endvidere dækkes efter Forsikringsbetingelsernes Sektion B, pkt. 5, sikredes *rejseulykke* i form af dødsfaldserstatning eller erstatning for medicinsk invaliditet op til en forsikringssum på 1 mio. kr.

Sikrede er ifølge Forsikringsbetingelsernes *Sektion B Rejseulykke og Forsinkelsesdækninger, pkt. 1.1*, indehaveren af et gyldigt [kreditkort], dennes medrejsende ægtefælle / samlever samt efter særlige regler medrejsende børn.

At en relativt vid kreds af personer er sikrede og dermed berettigede til at få udbetalt erstatning for forsinkelse og rejseulykke, jf. ovenfor, skal ses i sammenhæng med bestemmelserne i *Forsikringsbetingelsernes Sektion A – Fælles Betingelser, pkt. 5.0-6.0*, der begrænser FS's forpligtelser.

Det fremgår således udtrykkeligt af *Forsikringsbetingelsernes Sektion A – Fælles Betingelser, pkt. 5.0*, at der gælder et maksimum for udbetalingen pr. sikret og pr. skade, jf. overskriften til pkt. 5.0: *Maksimal erstatning pr. sikrede* og teksten, der fastsætter, at *Besiddelse af to eller flere [Guldkort] kan aldrig forpligte FS til at udbetale erstatning mere end én gang for samme skade*.

Retten er enig med Forsikringsankenævnets flertal i, at denne begrænsning finder anvendelse også i et tilfælde som det foreliggende.

Bestemmelsen i *Sektion A – Fælles Betingelser, pkt. 6.0* vedrører dobbeltforsikring i form af forsikringer tegnet 'andetsteds', dvs. i andre forsikringsselskaber end FS, og er derfor uden betydning for den foreliggende sag, der jo netop angår dækning fra samme forsikringsselskab, FS, og derfor klart angår forhold omfattet af pkt. 5.0.

At *Sektion A – Fælles Betingelser, pkt. 6.0* om *dækning fra anden side* ikke finder anvendelse, når der er spørgsmål om betydningen af forudgående dækning fra FS, klargøres ligeledes ved det sidste led i sidste sætning i pkt. 6.0: '*jf. dog ovenstående*.' Disse 3 ord udelukker, at der kan opstå den fortolkningstvivl om rækkevidden af pkt. 5.0, som den foranstående del af pkt. 6.0, sidste sætning, ellers ville have været egnet til at skabe.

Denne sproglige analyse af de omhandlede bestemmelser i forsikringsbetingelserne viser således, at disse er ganske klare og ikke giver plads for nogen fortolkningstvivl.

Det foreliggende tilfælde er således klart omfattet af *Forsikringsbetingelsernes Sektion A – Fælles Betingelser, pkt. 5.0* om maksimal erstatning pr. sikrede pr. skade, hvorefter FS ikke er forpligtet til at udbetale erstatning mere end én gang til samme sikrede for samme skade – uanset om sikrede måtte have to eller flere Guldkort.

Herefter, og idet FS allerede har udbetalt sikrede A et beløb på 200.000 kr. i erstatning for varigt mén, som han efter *Forsikringsbetingelsernes Sektion A – Fælles Betingelser, pkt. 5.0* maksimalt er berettiget til at få udbetalt for skaden, er FS ikke forpligtet til at udbetale ham yderligere erstatning for denne skade, og FS skal herefter frifindes.

...

THI KENDES FOR RET

[Forsikringsselskabet] frifindes."

Klageren indbragte sagen for Østre Landsret, der ved dom af 8/4 2019 stadfæstede byrettens dom. Af dommen fremgår blandt andet:

"Landsrettens begrundelse og resultat

Landsretten finder, at Forsikringsbetingelsernes Sektion A – Fælles Betingelser, pkt. 5.06.0, jf. Sektion B, pkt. 1.1, gør det nærliggende at forstå begrænsningen i pkt. 5.0 således, at bestemmelsen også finder anvendelse i en situation som den foreliggende, hvor den sikrede er omfattet af såvel en forsikring tilknyttet den pågældendes eget guldkort udstedt af Banken, som en forsikring tilknyttet et tilsvarende kort tilhørende den sikredes ægtefælle. Landsretten lægger herved navnlig vægt på, at bestemmelsen efter sin overskrift og sit indhold klart har til formål at begrænse FS's udbetaling af erstatning flere gange til den samme sikrede for den samme skade.

Forsikringsbetingelserne kunne have været udformet tydeligere for så vidt angår begrænsningen i forhold til situationer som den foreliggende. Landsretten finder imidlertid ikke, at den af A anførte fortolkning, der i det væsentligste baserer sig på anvendelsen af ordet 'besiddelse' i Forsikringsbetingelsernes Sektion A – Fælles Betingelser, pkt. 5.0, i øvrigt har en sådan støtte i forsikringsbetingelserne, at der er grundlag for i medfør af aftalelovens § 38 b at fortolke bestemmelsen mod FS.

Henset hertil og til de af byretten i øvrigt anførte grunde stadfæstes byrettens dom."

4.5. Sag 89996. Bevis for røveri.

Familieforsikring. Codan A/S.

Klageren oplyste, at hans ur var blevet røvet på et pizzeria nær en festivalplads af tre mænd. Nævnet fandt med henvisning til uoverensstemmelser i klagerens forklaringer mm. at klageren ikke havde godtgjort, at han havde været udsat for en dækningsberettigende forsikringsbegivenhed.

Klageren indbragte sagen for Retten på Frederiksberg, der afgjorde sagen i klagerens favør ved dom af 25/10 2019. Af dommen fremgår blandt andet:

"Rettens begrundelse og resultat

[Klageren] har for retten afgivet en troværdig og plausibel forklaring om hændelsesforløbet i [udlandet] den 2. oktober 2015. Retten finder, at forklaringen i det væsentlige er samstemmende med de forklaringer, som [klageren] angiveligt har givet til [udenlandsk] politi og Codan, hvilke forklaringer også i det væsentlige må betegnes som samstemmende.

Retten bemærker herved i øvrigt, at der alene eventuelt ville kunne lægges vægt på de påberåbte uoverensstemmelser mellem detaljerne i de forklaringer, som henholdsvis [udenlandsk] politi og Codan har nedfældet, under forudsætning af, at det kunne lægges til grund, at disse detaljer er korrekt nedfældet af henholdsvis [udenlandsk] politi og Codan.

Under de foreliggende omstændigheder kan dette imidlertid ikke uden videre lægges til grund, herunder fordi [klageren] ikke eller kun i begrænset omfang har haft mulighed for umiddelbart efter forklaringernes afgivelse at korrigere for eventuelle misforståelser. [Klageren] har således end ikke fået tilsendt Codans eget referat af det møde, der blev holdt mellem ham og Codan.

Rigtigheden af [klagerens] forklaring for retten understøttes endvidere af de ligeledes troværdige forklaringer, som hans bror, ... og hans søster, ... har afgivet for retten.

De tre søskendes forklaringer understøttes desuden af de fremlagte udskrifter over de telefonopkald, som [klageren] foretog til ... og ... den pågældende aften, og af de fremlagte e-mails af 1-3. og 16. april 2016 fra henholdsvis ... og ..., samt af det forhold, at det kan lægges til grund, at [klageren] havde en skade på venstre pegefinger efter episoden hvilken skade ikke – som anført af Ankenævnet for Forsikring – skyldtes den vold, han blev udsat for af gerningsmændene, men det forhold, at han rev fingeren på ur-lænken da han forgæves forsøgte at holde fast i sit ur, da det blev revet fra ham.

At skaden på fingeren var der, må anses for bekræftet af de fremlagte rapporter fra [udenlandsk] politi. Codans vidne ..., har desuden bekræftet, at [klageren] havde skaden på fingeren under deres møde den 19. oktober 2015.

Retten bemærker i øvrigt i tilknytning til de af [klageren] og ... og ... afgivne forklaringer, at retten – uanset disse tre personers nære familiære relation og urets betydelige værdi – ikke finder grundlag for at antage, at de alle tre har afgivet falsk forklaring for retten, hvilket for [klagerens] vedkommende ellers er den konklusion, der med sikkerhed må drages, hvis røveriet ikke har fundet sted.

For hans søskendes vedkommende er det reelt også denne konklusion, der må drages, hvis røveriet ikke har fundet sted, idet der kan ses bort fra muligheden af, at [klageren] i sin træthed og alkoholpåvirkede tilstand valgte at ringe til sin

bror og søster den pågældende aften med henblik på at begå forsikringsbedrageri og skaffe sig bevis for, at han havde mistet uret under et røveri, der imidlertid slet ikke havde fundet sted.

For så vidt angår vurderingerne foretaget af én kriminalassistent hos [udenlandsk] politi finder retten anledning til at bemærke, at der ikke under politiets afhøring blev stillet spørgsmålstejn ved [klagerens] forklaring om, at han havde en rift på næsen. Det bemærkes endvidere, at selv et relativt kraftigt knyt-næveslag, afhængigt af præcist hvor og hvordan slaget rammer, ikke nødvendigvis efterlader meget synlige mærker eller skader.

[Udenlandsk] politi fandt i øvrigt ikke anledning til at foretage et opslag over pizzeriaer i ca. 1 minuts afstand af festpladsen og dernæst tage [klageren] på en rekognosceringstur med henblik på at udfinde gerningsstedet evt. videoovervågning derfra, samt de ansatte i pizzeriaet, der efter [klagerens] forklaring nægtede at ringe til politiet efter overfaldet.

Den kriminalassistent, der har affattet den rapport, som Codan Forsikring A/S henviser til, har desuden – uden videre – fastslået, at [klageren] tog et billede af uret 'få timer inden hændelsen med det formål at kunne give billedet til sagens akter'. [Klageren] har imidlertid – på politiets forespørgsel om, hvorvidt han havde nogen billeder af uret – vist netop dette billede til politiet, hvilket ikke giver særlig god mening, hvis der skulle være tale om en planlagt falsk anmeldelse, også fordi en sådan tidligere på dagen tilvejebragt dokumentation for urets eksistens var overflødig og unødigt 'påfaldende', da [klageren] i stedet kunne have fremskaffet f.eks. den kvittering for uret, som Codan siden fik samt de billeder, der var taget af ham på festpladsen, på hvilke man kunne se, at han bar uret.

Kriminalassistenten har desuden lagt vægt på, at uret ikke sås at være indleveret til nogen nærliggende pantelånere i byen, selv om det er åbenbart, at gerningsmænd, der begiver sig af med at røve særligt værdifulde ure af den omhandlede beskafterhed ikke kan formodes at indlevere disse hos pantelånere.

Sådanne gerningsmænd må i øvrigt også formodes at have indsigt i låsemekanismerne i sådanne ures lænker, og der kan ikke ses bort fra muligheden af, at det var en kombination af gerningsmændenes indsats og [klagerens] fald, der gjorde, at urets lænke blev åbnet nok til, at gerningsmændene kunne få uret af uden at efterlade meget synlige mærker på [klagerens] håndled. Dette er foreneligt med den måde, hvorpå tysk politi har nedfældet [klagerens] i forklaring.

Det er i øvrigt ikke åbenbart hvorfor kriminalassistenten har lagt vægt på fraværet af dna-bevis og på, at [klageren] ikke på stående fod kunne komme et pizzerias adresse nærmere i en så stor by som ...

[Klageren] har givet en plausibel forklaring på, hvorfor han, til trods for den korte afstand til hotellet, gerne ville køre fra festpladsen. Når [udenlandsk] politi har fundet dette forhold påfaldende, kan man imidlertid med ligeså god ret stille det spørgsmål, om [klageren] ikke havde givet politiet en umiddelbart mere plausibel forklaring om optakten til røveriet, hvis denne forklaring skulle være et led i nøje planlagt falsk anmeldelse og forsikringssvindel, således som kriminalassistenten har antydnet.

Kriminalassistentens subjektive vurdering af sagen kan herefter ikke tillægges en sådan vægt, at der er grundlag for at tilsidesætte de af [klageren] afgivne forklaringer, og de omstændigheder, der understøtter disse forklarings rigtighed.

Retten tager på denne baggrund [klagerens] påstand til følge."

4.6. Sag 90217. Urigtige risikoplysninger

Bilforsikring. Alm. Brand Forsikring A/S.

Selskabet havde udbetalt en forholdsmæssig erstatning for klagerens bil med henvisning til, at klagerens søn var den reelle bruger af bilen, og at selskabet ville have tegnet kaskoforsikringen til en højere præmie, såfremt brugerforholdet var oplyst på tegningstidspunktet. Nævnet fandt, at selskabet havde bevist, at klagerens søn var den reelle bruger af bilen, og nævnet kunne ikke kritisere, at selskabet i overensstemmelse med FAL §§ 6 og 7 havde udbetalt forholdsmæssig erstatning.

Klageren indbragte sagen for Københavns Byret, der afgjorde sagen i selskabets favør ved dom af 12/12 2019. Af dommen fremgår blandt andet:

"Rettens begrundelse og resultat

Sagsøgers søn, ... har kort tid forinden købet af den omhandlede [bil] været ejer af en tilsvarende bil, og [søn] var med ved købet af [bil]. ... som var til stede ved sagsøgers køb af [bil] fik det indtryk, at bilen var til en af de unge, som var med ved købet, og at det ikke var til ... [Søn] har angivet sig selv som ejer af [bil] på Facebook og har indgået i chats om bilen. Han har endvidere ad 2 omgange indrykket salgsannoncer for bilen og har i den ene annonce begrundet ønsket om salg med, at han var påbegyndt [uddannelse]. [Søn] gik på daværende tidspunkt på skole for at uddanne sig til ... [Søn] har kørt bilen til værksted, og en faktura vedrørende udskiftning af olie m.v. på bilen er udstedt til ham. [Søn] kørte [bil] på uheldstidspunktet på vej til skole. Den skriftlige korrespondance med Alm. Brand om erstatningen er endvidere skrevet i [søns] navn, og taksator mener at have talt med [søn] om skaden.

Retten finder det på denne baggrund godtgjort, at [søn] har rådet over den forsikrede [bil] på en måde, så han var bruger af bilen. Retten finder, at de for-

klaringer, som er afgivet af sagsøgers nærtstående, ikke kan føre til andet resultat.

Retten lægger til grund, at det er almindeligt kendt, at præmien for en bilforsikring fastsættes ud fra brugerens risikoplysninger, og sagsøger burde derfor have oplyst, at hans søn var bruger af bilen. Retten finder, at undladelse heraf kan tilregnes sagsøger som groft uagtsomt, jf. forsikringsaftalelovens § 7.

På denne baggrund finder retten, at sagsøgte har været berettiget til at nedsætte erstatningen forholdsmæssigt som sket, jf. forsikringsaftalelovens § 4-6.

Sagsøgtes påstand om frifindelse tages herefter til følge."

4.7. Sag 90620. Erhvervsevnetab, fortsættelsesforsikring og præmie.

Individuel pension. SEB Pension.

Klageren var utilfreds med selskabets afslag på at yde dækning for tab af erhvervsevne i form af invalidesum, invalideydelser og præmiefritagelse. Endvidere klagede han over selskabets præmiefastsættelse ved privat videreførelse af pensionsordningen. Klageren havde smerter i hofterne, nakken samt karpaltunnel-syndrom. Han havde fået midlertidige ydelser fra 2011 til maj 2014 og dækning pr. kulance til 1/7 2015, hvor han var ansat i fleksjob med 16 timer om ugen. Klagerens præmie for forsikringsdækningerne var steget med ca. 2.500 kr., efter at han var overgået til private indbetalinger, og han anførte blandt andet, at han var placeret i en forkert fareklasse. Selskabet afviste, at klagerens generelle erhvervsevne var varigt nedsat. Selskabet henviste blandt andet til, at et mere stillesiddende fleksjob i højere grad ville imødekomme skånehensynene. Selskabet anførte, at klagerens indtægt udgjorde mere end 50 % af, hvad andre personer med samme alder og uddannelse var i stand til at tjene. Selskabet anførte, at klagerens forsikring var videreført i henhold til de gældende tariffer for individuelle forsikringer, og at han var placeret i fareklasse 2, da fareklasse 1 var for personer, der udelukkende havde kontor- eller tilsynsarbejde, hvilket ikke var tilfældet for klageren. Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere selskabets afgørelse.

Klageren indbragte sagen for Retten i Aalborg, der frifandt selskabet ved dom af 3/1 2020. Af dommen fremgår blandt andet:

"Rettens begrundelse og resultat

Forsikringsbetingelserne indeholder såvel et helbredsmæssigt som et økonomisk kriterium, som begge skal være opfyldte, for at der er ret til erhvervsevnetabsdækning under forsikringen.

Efter formuleringen af forsikringsbetingelsernes § 21 og § 22 skal bedømmelsen af [klagerens] erhvervsevnetab ske ud fra en generel målestok og ikke kun i forhold til [personer] med arbejde i den branche, som han var ansat i forud for forsikringsbegivenheden, og erhvervsevnetabet skal vurderes i forhold til alle erhverv, som man med rimelighed kan forlange, at han påtager sig.

Det er [klageren], der har bevisbyrden for, at hans generelle erhvervsevne er nedsat til halvdelen eller derunder, og at hans indtjening er nedsat med mindst halvdelen.

Det forhold, at [klageren] er tilkendt flexjob med en ugentlig arbejdstid på 16 timer udgør hverken tilstrækkeligt bevis eller skaber formodning for, at hans generelle erhvervsevne er nedsat til halvdelen eller mindre.

[Klageren] har ikke bevist, at hans generelle erhvervsevne efter en lægelig vurdering, er nedsat med halvdelen eller mere. Retten har herved lagt vægt på de lægelige oplysninger i sagen, herunder at det fremgår af overlæge ...s erklæring af 17. februar 2015 blandt andet, at [klageren] har skånehensyn blandt andet i form af mest siddende og kun lidt gående og stående arbejde uden tunge løft. Efter oplysningerne om karakteren af de opgaver, [klageren] varetog under arbejdsprøvningen, og om hans flexjob som ... assistent, finder retten det ikke godtgjort, at [klagerens] skånebehov i disse arbejdsfunktioner er blevet tilgodeset i en sådan grad, at der er grundlag for at konkludere, at han med yderligere skånehensyn ikke vil kunne øge sin arbejdstid i forhold til sin nuværende arbejdstid på 16 timer om ugen.

Retten finder det heller ikke godtgjort, at [klagerens] indtjening er nedsat med mindst halvdelen. Det fremgår af forsikringsbetingelserne, at vurderingen skal foretages på baggrund af, hvad der er almindeligt for fuldt erhvervsdygtige personer med lignende uddannelse og alder. Retten har lagt vægt på, at [klageren] i sin anmeldelse af tab af erhvervsevne til forsikringsselskabet oplyste, at hans månedlige bruttoindtægt var 29.585 kr., samt at [klageren] i det væsentlige alene har forelagt retten oplysninger om indtjening i enkeltstående ansættelsesforhold og oplysninger om indtjeningsforhold i den nichebranche, som han var ansat i før sin sygemelding, samt at de sidstnævnte oplysninger i det væsentlige angår stillinger med et andet indhold end det, som [klageren] havde før sin sygemelding.

På den anførte baggrund og efter en samlet vurdering har [klageren] ikke godtgjort, at han er berettiget til dækning for tab af erhvervsevne efter forsikringsvilkårene.

Danica Pension, Livsforsikringsaktieselskabs frifindelsespåstand tages herefter til følge."

4.8. Sag 90714. Forsæt.

Ulykkesforsikring. Alka Forsikring A/S.

Klageren anmeldte, at han ved en ulykke fik højre lillefinger ind i en rundsav, og fingeren senere måtte amputeres. Selskabet afviste dækning med henvisning til, at klageren ikke havde bevist, at der var sket en dækningsberettigende forsik-

ringsbegivenhed, og at klageren havde forvoldt skaden ved forsæt eller grov uagtsomhed. Selskabet henviste blandt andet til, at klageren havde tegnet 17 ulykkesforsikringer med en samlet forsikringssum på 33,6 mio. kr., og at klageren helt uproportionalt havde anvendt 1/3 af sin disponible indkomst på ulykkesforsikringspræmier. Selskabet anførte videre, at der var divergerende oplysninger om hændelsesforløbet i sagen. Nævnets flertal fandt, at klagerens tilskadekomst objektivt fremstod som et ulykkestilfælde og var dækningsberettigende, medmindre selskabet beviste forsæt eller grov uagtsomhed. Flertallet fandt, at der bestod en betydelig tvivl om, hvorvidt hændelsesforløbet var som anmeldt af klageren. Flertallet fandt, at klagerens forsikringsforhold var særdeles påfaldende og egnet til at skabe betydelig mistanke. Flertallet fandt efter en samlet vurdering ikke at kunne kritisere, at selskabet havde afvist dækning med henvisning til, at skaden var forvoldt ved forsæt.

Klageren indbragte sagen for Retten i Aalborg, der frifandt selskabet ved dom af 27/12 2018. Af dommen fremgår blandt andet:

"Retten begrundelse og resultat

FT blev den 25. april 2014 i en elektrisk rundsav påført en skade på højre hånds lillefinger, der måtte amputeres. Retten finder, at tilskadekomsten efter sin ydre objektive karakter fremtræder som et ulykkestilfælde og derfor er dækket af forsikringerne, med mindre forsikringsselskaberne beviser, at han har forvoldt skaden med forsæt eller ved grov uagtsomhed.

Det har formodningen imod sig, at en person med vilje saver en lillefinger af i en rundsav.

Forud for skadestidspunktet har FT fra oktober 2010 til februar 2014 tegnet 17 ulykkesforsikringer og forhøjet forsikringssummen i flere af forsikringerne, således at den samlede forsikringssum på skadestidspunktet var på mere end 33 mio. kr., og at den årlige forsikringspræmie var på mere end 47.000 kr. En uforholdsmæssig stor del af FT's disponible indkomst blev således brugt til at betale for ulykkesforsikringerne. Disse omstændigheder er påfaldende, og retten finder ikke, at de kan forklares ved det oplyste om årsagerne til tegningen af forsikringerne, herunder om drøftelserne med assurandør ... i november 2012.

FT har i retten forklaret, at han og [person] med rundsaven ville save en plade, der var ca. 3-4 meter lang, ca. 1 meter bred og ca. 5-6 cm tyk, på langs, at han styrede pladen i den ene ende ved savklingen, at [person] holdt og skubbede pladen i den anden ende, at pladen 'hoppede', da savklingen kom i klemme i pladen, hvorefter hans lillefinger blev ramt af savklingen, og at pladen efterfølgende faldt på gulvet.

FT's forklaring om hændelsesforløbet ved tilskadekomsten har ikke kunnet bekræftes af [person 1], der har forklaret, at han ikke har anden erindring, end at

han hørte et skrig. Hverken FT eller genboen ..., der var i sin indkørsel, har forklaret om et skrig. [Genbo], som gik over til [vej 1] umiddelbart efter tilskadekomsten, har forklaret, at FT råbte på [person] to gange, da [genbo] mødte ham i indkørslen, og at [person] kom løbende fra haven.

[Genbo], som gik ind i garagen og slukkede rundsaven, har endvidere forklaret, at han ikke så en plade på gulvet, og at han mener, at han ville have set en plade af en størrelse, som beskrevet af FT. ..., der er FT's svigermor, har i retten forklaret, at hun under rengøringen i garagen flyttede en stor plade. Dette er ikke tidligere oplyst til brug for forsikringsselskabernes behandling af skadesanmeldelserne eller til brug for Ankenævnet for Forsikrings behandling af sagerne. Under rekonstruktionen den 27. januar 2015 var rundsaven og pladen ikke til stede, og det blev oplyst, at begge dele var bortskaffet umiddelbart efter den 25. april 2014.

FT har i retten ikke nærmere kunnet beskrive pladen, og [genbo] har under interviewet den 25. februar 2015 oplyst, at FT dagen efter tilskadekomsten til ham sagde, at det var et bræt, der skulle saves, men at [person] havde sagt, at det var en bordplade, og at han ikke ville lave det om. Dette har FT bekræftet, og han har forklaret, at han ikke ville fremstå som utroværdig og derfor ikke ville ændre det. FT's beskrivelse af pladen og rundsaven har endvidere været usikker og skiftende og er ikke forenelig med [genbos] beskrivelse af rundsaven.

Efter en samlet vurdering finder retten, at forsikringsselskaberne gennem de omstændigheder, som de har fremhævet, og som var påfaldende, har godtgjort, at FT har forvoldt skaden forsætligt.

Forsikringsselskabernes påstand om frifindelse tages derfor til følge."

Klageren ankede til Vestre Landsret, der frifandt selskabet ved dom af 10/10 2019. Af dommen fremgår blandt andet:

"Rettens begrundelse og resultat

Landsretten tiltræder, at FT's tilskadekomst efter sin ydre objektive karakter umiddelbart fremtræder som et ulykkestilfælde og derfor er dækket af forsikringerne, medmindre forsikringsselskaberne beviser, at han har forvoldt skaden med forsæt eller grov uagtsomhed.

Rundsaven blev ifølge forklaringerne bortskaffet dagen efter FT's uheld. Saven var således allerede bortskaffet, da tilskadekomsten blev anmeldt til forsikringsselskaberne samt Arbejdsskadestyrelsen i løbet af sommeren og efteråret 2014.

FT har afgivet forskellige beskrivelser af det emne, han håndterede i rundsaven, da han kom til skade. Da [genbo] slukkede for rundsaven, bemærkede han ikke en plade eller lignende ved saven. [Svigermor] har forklaret, at hun flytte-

de en tung bordplade, som lå ved rundsaven, da hun ryddede op samme aften, som uheldet havde fundet sted. Der er ikke forud for ...s forklaring for landsretten fremkommet oplysninger om, hvad der skete med det emne, FT håndterede.

FT tegnede i perioden fra oktober 2010 til februar 2014 ulykkesforsikringer i 17 forskellige forsikringsselskaber og forhøjede forsikringssummen på flere af forsikringerne, således at den samlede forsikringssum på skadestidspunktet var på ca. 33,6 mio. kr., og den årlige forsikringspræmie var på mere end 47.000 kr. Henset til FT's oplyste skattepligtige indkomst anvendte han således en uforholdsmæssig stor del af sin indkomst til at betale for ulykkesforsikringerne. Oplysningerne i 'Budget 2013', som først er fremkommet for landsretten, kan ikke føre til en anden vurdering. FT fik nedsat forsikringssummen på fem af forsikringerne i oktober og november 2014, og han opsagde en af forsikringerne i november 2014 få dage efter anmeldelsen af tilskadekomsten.

De anførte omstændigheder må anses for særdeles påfaldende og kan ikke forklares med det af FT oplyste om hans psykiske tilstand og motivation for at tegne forsikringerne. Efter en samlet vurdering tiltræder landsretten derfor, at forsikringsselskaberne ud over enhver rimelig tvivl har godtgjort, at FT med forsæt har forvoldt skaden.

Landsretten stadfæster derfor byrettens dom"

4.9. Sag 91069. Bevis for dækningsberettigende forsikringsbegivenhed. Bilforsikring. Topdanmark Forsikring A/S.

Selskabet afviste at udbetale totalskadedækning med henvisning til, at klageren ikke havde bevist, at der var sket en dækningsberettigende forsikringsbegivenhed. Det var selskabets opfattelse, at skaden ikke var sket som følge af en enkelt påkørsel, men at der var 4 uafhængige skader på bilen. Selskabet anførte, at såfremt klageren fik medhold, så skulle erstatningen for bilen nedsættes på grund af bilens motorskade, og der skulle fratrækkes 4 gange selvrisiko. Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere selskabets afgørelse. Nævnet lagde blandt andet vægt på olieanalysen og selskabets undersøgelser af motoren, samt at klageren til selskabet havde oplyst, at motoren intet fejlede. Nævnet lagde også vægt på, at vidnerne alene kunne bekræfte, at klagerens bil blev påkørt, samt at der ved selskabets besigtigelse af bilen var konstateret flere skader.

Klageren indbragte sagen for Retten i Nykøbing Falster, der afgjorde sagen i klagerens favør ved dom af 19/12 2019. Af dommen fremgår blandt andet:

"Rettens begrundelse og resultat

Der er under sagen afholdt syn og skøn, og skønsmanden er i den forbindelse blevet forelagt de betragtninger, der er anført i den interne rapport udarbejdet af Skønsmanden konkluderer, at bilen, herunder bilens motor, har været i normal god stand den 13. marts 2017. Skønsmanden afviser således, at der er

fejl ved bilens toppakning og anser ikke den analyse, som blev foretaget af bilens motorolie i forbindelse med den interne rapport, som ensbetydende med, at der er fejl på motoren. Skønsmanden har konstateret oliespild mellem personbilens motorblok og servopumpe og en mislyd men har afvist, at dette kan henføres til fejl på motoren eller andre alvorlige fejl på bilen. Han har endelig forholdt sig til, at en motorlampe angiveligt skulle have lyst i forbindelse med Topdanmark Forsikring A/S' undersøgelse af bilen og afvist, at dette kan henføres til alvorlige fejl på bilen.

Det må herefter lægges til grund, at bilen var i normal god stand den 13. marts 2017, herunder at der ikke var defekt af motoren. Det forhold, at der muligvis er blevet skiftet olie på bilen og påfyldt vand og/eller kølervæske i perioden fra Topdanmark Forsikring A/S' undersøgelse af bilen til skønsforretningen, ændrer ikke herved.

Det kan således ikke lægges til grund, at der for har været et økonomisk incitament til, at bilen blev totalskadet.

På baggrund af vidnerne og forklaringer lægges det til grund, at der fandt en påkørsel sted på parkeringspladsen på ... i ... den 12. marts 2019 om aftenen. Det findes ubetænkeligt at lægge til grund, at det var den omhandlede bil, der blev påkørt i den forbindelse. ... har forklaret, at hun så flere personer henne omkring den påkørte bil, og retten finder det herefter på tilstrækkelig vis godtgjort, at der i forbindelse med den samme episode er påført bilen flere skader, herunder ved spark på bilen og knusning af rude. Topdanmark Forsikring A/S har ikke godtgjort, at disse skader er blevet påført på foranledning af og skaderne er derfor dækningsberettigede.

Herefter tages [klagerens] påstand til følge, hvorved bemærkes, at den omhandlede skade i forsikringsmæssig forstand skal betegnes som en skade, hvorfor der ikke er grundlag for at opkræve mere end en selvrisiko."

4.10. Sag 91165. Selvrisiko/ansvarlig modpart.

Motorcykelforsikring. If Skadeforsikring.

Selskabet afviste at fremsætte krav over for modpartens ansvarsforsikring, da man ikke forventede, at modparten kunne anerkende ansvaret helt eller delvist. Klageren havde anmeldt til selskabet, at han kom kørende på sin motorcykel imod en vejindsnævring. Modparten nærmede sig fra den anden side, men trak ind til siden og så ud til at stoppe, hvilket foranledigede klageren til at køre fremad. Klageren havde overset, at han havde ubetinget vigepligt. Da modparten ombestemte sig og kørte ind i vejindsnævringen, måtte klageren bremse op og væltede, hvorved motorcyklen blev beskadiget. Nævnet fandt under henvisning til den konkrete færdselssituation ikke at kunne kritisere, at selskabet havde afvist at rette krav mod modpartens forsikringsselskab.

Selskabet stævnedes klageren med krav om betaling af selvrisiko. Sagen blev indbragt for retten i Helsingør, der afgjorde sagen i selskabets favør ved dom af 21/6 2018. Af dommen fremgår blandt andet:

"Rettens begrundelse og resultat

Baggrunden for sagen er et færdselsuheld den 1. maj 2017. Uheldet skete ved en vejindsnævring, hvor sagsøgte væltede med sin motorcykel med skade på motorcyklen til følge. Om årsag til uheldet fremgår det af sagsøgtes skadesanmeldelse bl.a., at der ved vejindsnævringen kom en modkørende bil, og at det først var sagsøgtes indtryk, at denne ville holde tilbage for ham, men at bilen dog trak ind på midten af vejen med henblik på at køre gennem vejindsnævringen før ham. Der er enighed om, at det ved skiltning på stedet var angivet, at færdsel i sagsøgtes færdselsretning skulle holde tilbage for modkørende (færdselstavle B 18). Ifølge skadesanmeldelsen så sagsøgte ikke færdselstavlen bl.a. på grund af udhængende grene. I skadesanmeldelsen oplyste føreren af den modkørende bil, at sagsøgte ifølge skiltningen havde vigepligt for ham, og at sagsøgte derfor selv var ansvarlig for færdselsuheldet. Der skete ikke skade på den modkørende bil ved uheldet.

Sagsøgeren har som kaskoforsikringsselskab betalt udgifterne til udbedring af skaderne på sagsøgtes motorcykel og gjort krav mod sagsøgte for betaling af selvrisikoen på 4.000 kr. Sagsøgte mener, at den modkørende bil var skyld i færdselsuheldet, fordi den, umiddelbart før den kørte frem i vejindsnævringen, trak til højre og dermed signalerede en hensigt om at ville holde tilbage for ham. Efter sagsøgtes opfattelse burde sagsøgeren derfor have gjort erstatningskravet gældende mod ansvarsforsikringsselskabet for den pågældende bil. Han har derfor nægtet at betale selvrisikoen på 4.000 kr., hvilket er baggrunden for, at sagsøgeren har udtaget stævning mod ham.

Sagen har været forelagt Ankenævnet for Forsikring, der har truffet afgørelse den 6. december 2017. I denne afgørelse hedder det bl.a.:

'Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren i den konkrete færdselssituation med alt overvejende sandsynlighed vil blive pålagt fuld skyld for færdselsuheldet som følge af sin tilsidesættelse af vigepligten. Nævnet finder under disse omstændigheder ikke grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist at foretage yderligere undersøgelser af, om modpartens forsikringsselskab helt eller delvist skal dække skaderne på motorcyklen.

Nævnet bemærker, at klageren har mulighed for selv at forfølge sit krav mod modparten og dennes forsikringsselskab.'

Ingen af parterne har rettet noget krav mod ejeren af den modkørende bil eller dennes forsikringsselskab.

Sagsøgte er ikke tilfreds med kvaliteten af det reparationsarbejde, der er udført på hans motorcykel. Med den begrundelse har han anført, at han er beret-

tiget til at modregne et krav om dækning for sit tab med det krav om betaling af selvrisko på 4.000 kr., som sagsøgeren har gjort gældende mod ham.

Efter bevisførelsen lægger retten til grund, at skaden på sagsøgtes motorcykel opstod ved et solouheld, og at sagsøgte selv er skyld i uheldet. Sagsøgte misforstod en modkørendes intentioner i en situation, hvor han selv havde vigepligt for den modkørende, og han er selv eneansvarlig for følgerne af denne misforståelse.

Sagsøgeren har derfor med rette anset skaderne på motorcyklen for dækket af kaskoforsikringen og betalt for udbedring af skaderne i overensstemmelse hermed. Sagsøgeren har derfor også krav på, at sagsøgte betaler selvriskoen på 4.000 kr. i henhold til forsikringsvilkårene.

Sagsøgte har ikke ført bevis for, at reparationen af motorcyklen er mangelfuldt udført, og allerede af den grund har han ikke noget modkrav mod sagsøgeren, som kan anvendes til modregning.

Af de anførte grunde tager retten sagsøgerens påstand til følge."

4.11. Sag 91706. Erhvervsevnetab.

Individuel pension. PFA Pension.

Klageren, der havde drevet selvstændig håndværkervirksomhed, var den 19/9 2014 udsat for et ulykkestilfælde, hvor han faldt 4 meter ned og blandt andet pådrog sig et kompliceret venstresidigt albuebrud og et højresidigt håndrodsbrud. Selskabet anførte, at klagerens ordning ikke gav adgang til præmiefritagelse, og at han ikke havde godtgjort, at hans generelle erhvervsevne var varigt nedsat med mindst 2/3. Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere selskabets afgørelse.

Klageren indbragte sagen for Københavns Byret, der frifandt selskabet ved dom af 16/9 2019. Af dommen fremgår blandt andet:

"Rettens begrundelse og resultat

[Klageren] har ret til udbetaling af den omtvistede invalidesum på 956.000 kr., hvis han opfylder både det kombinerede helbredsmæssige og økonomiske kriterium og det rent økonomiske kriterium, der følger af § 7, stk. 1-4, i de mellem parterne aftalte forsikringsbetingelser. Bevisbyrden for, at disse to kriterier er opfyldt, beror på [klageren].

Efter indholdet af sagens lægelige akter sammenholdt med de afgivne forklaringer og beskrivelsen af [klagerens] arbejdsopgaver, effektivitet og arbejdstid i ...s erklæring af 17. november 2016 om [klagerens] arbejdsevne i egen virksomhed, finder retten ikke, at [klageren] har løftet bevisbyrden for, at hans generelle erhvervsevne varigt er nedsat med mindst 2/3, således at han ikke kan arbejde mere end 12½ time pr. uge. Det er i den forbindelse tillagt vægt, at [klageren] fortsat i betydelig grad er i stand til at udnytte sine evner til at lede

medarbejderne i ..., at tilgangen af kunder fortsat beror på hans netværk, at han udarbejder tilbud og varetager kundekontakt, samt at han efter oplæring i IT i nogen grad har tilegnet sig evne til håndtering af mails mv. Konklusionen i ...s erklæring af 17. november 2016 om, at [klageren] ikke kan arbejde mere end 6½ time pr. uge, kan ikke føre til andet resultat. Retten bemærker herved, at ... ikke har haft lægelige oplysninger til rådighed, og at konklusionen bygger på [klagerens] subjektive beskrivelse af helbredstilstanden og hans arbejdssevne. Samlet finder retten, [klageren] ikke har godtgjort, at han opfylder forsikringsbetingelsernes kombinerede helbredsmæssige og økonomiske kriterium.

For så vidt angår det rent økonomiske kriterium, der følger af forsikringsbetingelsernes § 7, stk. 3, finder retten heller ikke, at [klageren] har godtgjort, at han opfylder dette kriterium. Der er herved lagt vægt på, at [klagerens] advokat på hans vegne den 21. oktober 2016 oplyste til PFA, at [klageren] fra maj 2016 havde nedsat sin månedlige gage i ... fra 35.000 kr. før skat til 25.000 kr. før skat. Der er endvidere lagt vægt på, at [klageren] under denne sag ikke nærmere har belyst sine indtægtsforhold, idet han ikke har imødekommet PFAs opfordring om at fremlægge sine personlige årsopgørelser for 2016, 2017 og 2018. Efter det foreliggende lægger retten til grund, at [klagerens] månedlige gage fra ... er ikke under 25.000 kr. før skat. Henset til det oplyste om [klagerens] betydning for virksomheden i henseende til navnlig personaleledelse og kontakt med kunder, er der ikke grundlag for at antage, at en månedsløn i dette niveau ikke afspejler en reel, relevant og værdiskabende arbejdsindsats fra [klagerens] side.

[Klageren] har således ikke godtgjort, at han opfylder de aftalte betingelser for udbetaling af invalidesum fra PFA, jf. § 7, stk. 1-4, i de mellem parterne aftalte forsikringsbetingelser. Som følge heraf tages PFAs påstand om frifindelse til følge."

4.12. Sag 91770. Diagnosekriterium.

Kritisk sygdom. Skandia Link Livsforsikring A/S.

Ifølge forsikringsbetingelserne pkt. 3.a. stilles bl.a. krav om, at diagnosen ved blodprop i hjernen skal være klar og entydig ud fra en typisk stigning og/eller fald i kardiale biomarkører, hvor mindst én værdi er klart diagnostisk forhøjet. Nævnets flertal fandt, at forsikringsbetingelserne måtte forstås således, at de kardiale biomarkører skulle vise stigninger af en vis størrelse og klarhed, og at klageren ikke opfyldte dette krav.

Klageren indbragte sagen for Københavns Byret, der afgjorde sagen i klagerens favør ved dom af 15/11 2019. Af dommen fremgår blandt andet:

"Rettens begrundelse og resultat

Det fremgår, at der i blodprøve, der blev udtaget den 28. maj 2017, kl. 11.35, blev målt en Troponinværdi på 19 ng/l.

Henset til, at grænseværdien for Troponin er 14 ng/l, finder retten det bevist, at opfylder forsikringsbetingelsernes krav om, at mindst én af de kardiale biomarkørers værdi er klart diagnostisk forhøjet.

Retten har i den forbindelse lagt vægt på, at havde symptomdebut den 26. maj 2019, at værdien af Troponin typisk begynder at stige 3-10 timer efter dette tidspunkt, og når et maksimum efter 15-20 timer, for derefter at normaliseres over en periode, og at blodprøven først blev udtaget den 28. maj 2017.

Med hensyn til forsikringsbetingelsernes krav om, at der skal foreligge billeddiagnostisk evidens for nyttilkommet tab af muskelvæv/regional dyskinesi, finder retten, at dette krav ligeledes er opfyldt.

Retten har herved lagt vægt på, at der ved ekkokardiografi af hjerte foretaget den 29. maj 2017 blev konstateret fund af regional dyskinesi, og at der ved en lignende undersøgelse foretaget den 3. oktober 2017 blev konstateret diskret hypokinesi i de apikale, septale segmenter.

Retten bemærker i den forbindelse, at der i forsikringsbetingelserne ikke stilles yderligere krav til graden af regional dyskinesi.

Da Skandia A/S ikke har bestridt, at opfylder et af de andre kriterier derved, at han har haft symptomer på myokardieiskæmi, og da påstanden i øvrigt ikke bestrides talmæssigt eller i relation til renterne, får [klageren] medhold i den nedlagte påstand."

4.13. Sag 92499. Erstatning for fiskeudstyr. Advokatomkostninger.

Familieforsikring. Gjensidige Forsikring.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere selskabets erstatning for fiskeudstyr. Nævnet lagde blandt andet vægt på, at klageren indledningsvist havde oplyst, at han ejede 1/3 af udstyret og efterfølgende ændrede forklaring til, at han ejede alt udstyret. Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere, at selskabet havde dækket klagerens advokatomkostninger med 10.000 kr. inkl. moms.

Klageren indbragte sagen for retten på Frederiksberg, der den 3/12 2019 efter proceduren fremkom med en begrundet tilkendegivelse om, at udfaldet af en eventuel dom i sagen ville blive, at selskabets frifindelsespåstand ville blive taget til følge. Klageren hævdede herefter sagen.