

Ankenævnet for Forsikring

ÅRSBERETNING

2007

## Forord

Ankenævnet for Forsikring modtog i 2007 2.173 klager, hvilket er det laveste antal i 16 år. Samtidig har de sidste 4 år vist et konstant fald, der samlet udgør 24 %. I forhold til 2006 udgør faldet 9 %.

Årsagen til det faldende klagetal må antages at være en mere professionel behandling af forsikringstagerne i forsikringsselskaberne.

Årlige tilfredshedsmålinger og ikke mindst ankenævnets årlige statistik om klageantal for de enkelte selskaber i forhold til markedsandele har sat fokus på disse forhold og har nu i højere grad ledelsens interesse. Samtidig har de enkelte selskaber i langt højere grad end tidligere organisationsmæssigt indrettet sig sådan, at en klage fra en forsikringstager bliver vendt og drejet, før den bliver henvist til behandling i Ankenævnet for Forsikring. Dette kan udledes af antallet af de sekretariatsafsluttede sager, der er faldet fra år til år. Tidligere udgjorde de ca. 1/3 af de afsluttede sager og nu kun godt 1/6, hvilket vil sige næsten en halvering. De sekretariatsafsluttede sager er typisk sager, hvor selskabet hurtigt efter, at sagen er indbragt for nævnet, besinder sig og opfylder klagen. Denne type af sager bliver nu i langt højere grad opfanget af selskaberne selv og giver derfor ikke anledning til klager.

Faldet i antallet af klager kan heldigvis også nu ses på nævnets sagsbehandlingstid. I 2007 er godt 57 % af sagerne færdigbehandlet på 8-10 måneder. I 2006 var tallet knap 45 %.

Største klagebranche er nu ejerskifteforsikringen, der i 2007 afstedkom 363 nye klager svarende til 16,7 % af alle klager. Antallet af klager over livsforsikring og arbejdsmarkedspensioner udgjorde 351 eller 16,1 % af alle klager. Samlet udgør disse brancher næsten 1/3 af klagerne, men de beslaglægger mere end 2/3 af ressourcerne, hvilket er årsagen til, at sagsbehandlingstiden ikke er faldet yderligere.

Hvis der ses på resultatet af klagerne, må det konstateres, at færre og færre får noget ud af at klage til ankenævnet. Således fik "kun" 24,4 % noget ud af at klage mod 26,3 % i 2006. Men en lav medholdsprocent er ønskelig og et udtryk for, at selskaberne træffer rigtige afgørelser. Medholdsprocenten var for en del år tilbage væsentligt højere.

Offentliggørelse af nævnets kendelser sker som annonceret sidste år på nævnets hjemmeside [www.ankeforsikring.dk](http://www.ankeforsikring.dk). Samme sted fremhæves udvalgte kendelser, ligesom det som nævnt ovenfor nu er muligt at se de enkelte selskabers klageantal og resultatet af klagesagerne sat i forhold til de enkelte selskabers markedsandele. Forsikring & Pension har tilstræbt, at 2007-tallene kan offentliggøres samtidig med denne årsberetning.

# Indhold

Forord	1
A. Indledning	3
B. Ankenævnets sammensætning og sekretariat	4
C. Ankenævnets virksomhed i 2007	7
D. Efterlevelse af nævnets kendelser	17
E. Offentliggørelse af nævnets kendelser og andre aktiviteter	40

## A. Indledning

Denne beretning vedrører perioden 1. januar til 31. december 2007.

Ankenævnet for Forsikring er stiftet af Forbrugerrådet og Forsikring & Pension den 1. september 1975 med det formål at behandle klager fra forbrugere vedrørende forsikringsforhold.

Ankenævnet for Forsikring er den 30/9 2004 af Ministeren for Familie- og Forbrugeranliggender godkendt i medfør af § 5 i Lov om Forbrugerklager (Lov nr. 456 af 10/6 2003). Godkendelsen var gældende til den 30/9 2007, men er forlænget til 1/7 2008 ved skrivelse af 31/1 2008 fra Økonomi- og Erhvervsministeriet.

Godkendelsen er sket på grundlag af *Vedtægter - 9* og *Forretningsorden - 6*, som de stiftende organisationer har vedtaget.

Ifølge § 2 i vedtægterne behandler nævnet tvister mellem et forsikringselskab, der er tilsluttet nævnet, og en forsikringstager vedrørende dennes forsikringer.

Nævnets afgørelse er ikke bindende for parterne, men kan af disse indbringes for domstolene, for forsikringsselskabernes vedkommende under forudsætning af, at de inden 4 uger har meddelt nævnets sekretariat, at de ikke ønsker at være bundet af afgørelsen.

## B. Ankenævnets sammensætning og sekretariat

Ifølge § 9 i ankenævnets vedtægter består nævnet af et antal juridiske medlemmer, der udgør nævnets formandskab, og et antal nævnsmedlemmer i øvrigt. De juridiske medlemmer skal være højesteretsdommere eller landsdommere. De stiftende organisationer udpeger nævnets medlemmer - herunder formanden. De øvrige juridiske medlemmer er næstformænd.

Nævnets formand er højesteretsdommer Poul Sørensen. Højesteretsdommer Jacques Hermann og højesteretsdommer Marianne Højgaard Pedersen er næstformænd.

Som repræsentanter i nævnet udpeget af Forbrugerrådet har i 2007 deltaget:

### *Permanente medlemmer:*

Ankenævnsmedarbejder Regitze Buchwaldt	(fra 27/6 2007)
Cand.jur. Tina Dhanda	
Cand.jur. Anne Dehn Jeppesen	
Advokat Sonny Kristoffersen	(til 13/6 2007)

### *Generelle medlemmer:*

Direktør Ove Baggesen	(til 30/4 2007)
Rådsmedlem Hans Daugaard	(fra 1/1 2007)
Fru Marga Due-Hansen	
Cand.merc. Susan Hulbæk Hansen	
Rådsmedlem Bodil Jensen	(fra 10/4 2007)
Forbundsconsulent Jette Kammer Jensen	
Rådsmedlem Rut Jørgensen	
Fru Karin Ladegaard	
Seniorkonsulent, cand.jur. Peter Valenius	

### *Lystfartøjsforsikring:*

Cand.jur. Morten Gregers Berdiin

Som repræsentanter udpeget af Forsikring & Pension har i 2007 deltaget:

*Permanente medlemmer:*

Kontorchef Hans Dreyer  
Advokat Vibeke Hjarlitz (fra 1/11 2007)  
Strategiudviklingschef Carsten Kjellerup  
Underdirektør Lisbeth Kærgaard Nielsen  
Underdirektør Per Poulsen  
Afdelingschef Carsten Sennels (til 31/10 2007)  
Adm. direktør Niels Vase

*Motorkøretøjsforsikring:*

Direktør Klaus Delman  
Kontorchef Hanne Høyer  
Kontorchef Henrik Müllertz  
Ekspeditionssekretær Henrik Schultz (til 30/10 2007)  
Kvalitetskonsulent Marianne Stavad (fra 30/10 2007)

*Privat ansvarsforsikring og retshjælpsforsikring:*

Ekspeditionssekretær Lasse A. Andersen  
Cand. jur. Mads Dam  
Kontorchef Lise Svane Vestergaard  
Skadeleder Pia Wange

*Bygningsforsikring:*

Afdelingsleder Hans Lehmann  
Adm. direktør Arne Lund  
Jurist Susanne Rahbek Rasmussen (fra 1/7 2007)  
Kontorchef Lise Svane Vestergaard

*Familieforsikring:*

Kontorchef Vibe Fjeldsted-Holm  
Afdelingschef Birgit Jensen  
Kontorchef Lise Svane Vestergaard

*Sygeforsikring og ulykkesforsikring:*

Ekspeditionssekretær Pierre Eskildsen (fra 1/1 2007)  
Specialist Freddy Hansen  
Specialkonsulent Pia Nordland  
Ekspeditionssekretær Bjarne Pavbro

*Livsforsikring og pensionsforsikring:*

Underdirektør Jan Allingstrup (til 13/12 2007)  
Juridisk konsulent Poul Andreassen  
Kontorchef, cand. jur. Helene Rossing  
Chefjurist Ulla Schmidt

*Arbejdsmarkedspension:*

Underdirektør Joan Alsing  
Afdelingschef Henning Howe Hansen (til 1/4 2007)  
Direktør Annegrete Birck Jakobsen  
Skadechef Pia Larsen (fra 1/4 2007)  
Sektionschef Irene Roslyng

*Rejseforsikring:*

Afdelingsleder Annette Delpierre  
Privattekniker Dan Juul (fra 1/1 2007)  
Underdirektør for erhverv Martin von Kiær (fra 25/1 2007)  
Underdirektør Jørgen Pedersen

*Lystfartøjsforsikring:*

Afdelingschef Michael Kjær  
Afdelingsdirektør Henrik Sagild

*Ejerskifteforsikring:*

Kvalitetskonsulent Ida Randbøll Gjerulff (fra 15/1 2007)  
Afdelingsleder Hans Lehmann  
Konsulent John Holmgrün Nielsen  
Juridisk rådgiver Klaus Rasmussen  
Jurist Susanne Rahbek Rasmussen  
Afdelingschef Berit Torm (til 15/1 2007)  
Skadeleder Pia Wange

*Som medarbejdere i nævnets sekretariat var pr. 31/12 2007 ansat følgende:*

Direktør, cand.jur. Henning Jønsson  
Kontorchef Carsten Sennels  
Fuldmægtig, cand.jur. Nikolaj Andreasen  
Fuldmægtig, cand.jur. Karen Dalgaard  
Fuldmægtig, cand.jur. Anne Mette Kirkegaard  
Fuldmægtig, cand.jur. Louise Aaby Offersen  
Fuldmægtig, cand.jur. Ane Havkrog Pedersen  
Fuldmægtig, cand.jur. Camilla Riis  
Sekretær Hanne Englev  
Kontorassistent Gitte Fedderholt  
Kontorassistent Lisbeth Ingemarsson  
Kontorassistent Monika Roug  
Kontorassistent Dorrit Schultz  
Bogholder Else Andersen  
Stud.jur. Anne Rubin  
Stud.jur. Christina Sørensen  
Kontorbud Tobias Probst-Rasmussen

Nævnets regnskaber revideres af KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerskab.

## C. Ankenævnets virksomhed i 2007

I 2007 blev der indregistreret 2.173 nye egentlige klagesager samt rettet 5.006 forespørgsler til nævnets sekretariat.

### 1. Opstilling over de behandlede sager i 2007:

	Antal 2007	Antal 2006
Ultimo 2006 var under behandling i sekretariatet	1.750	(1.870)
Udsat fra nævns møder	18	(17)
<b>I alt ultimo 2006</b>	<b>1.768</b>	<b>(1.887)</b>
Registrerede nye egentlige klagesager i 2007	2.173	(2.388)
<b>Antal sager til behandling i 2007 i alt</b>	<b>3.941</b>	<b>(4.275)</b>

*Sagerne fordeler sig således:*

Afsluttet ved sekretariatets behandling 454 (549)

Nævnet afholdt 24 møder i medfør af forretningsordenens § 5, stk. 1, og behandlede .145 sager:

Der afsagdes kendelser i 2.127 (1.796)

og afgjordes uden kendelse ved henstilling til selskabet 2 (2)

mens der udsattes 16 (18)

I alt behandlede således på nævns møder 2.145 (1.816)

Resten, dvs. 1.342 sager, var under ekspedition i sekretariatet ved udgangen af 2007. \*) 1.342 (1.768)

Incl. de 16 udsatte sager jf. ovenfor.

**I alt 3.941 (4.133)**

Med udgangen af året 2007 var der således 1.358 uafsluttede sager. Dette er et fald i forhold til årets begyndelse på 410 sager.

Siden nævnets start i 1975 har udviklingen i sagsantallet set således ud:

	Indkomne sager	Nævnsbehandlede sager	Sekretariats-behandlede sager	Forespørgsler
1975	360	61	94	256
1976	928	348	424	627
1977	1.105	522	489	945
1978	1.368	599	492	1.629
1979	1.681	664	553	1.722
1980	2.072	898	666	1.968
1981	2.250	1.331	760	2.216
1982	2.245	1.432	739	2.244
1983	1.907	1.917	603	2.039
1984	1.752	2.252	632	2.106
1985	2.274	1.790	788	2.495
1986	1.976	1.380	565	2.583
1987	2.274	1.550	634	3.010
1988	2.435	1.909	659	3.080
1989	2.326	1.866	642	3.165
1990	2.212	1.753	609	3.031
1991	2.196	1.660	539	2.883
1992	2.183	1.640	588	3.038
1993	2.442	1.773	568	3.157
1994	2.444	1.731	530	3.843
1995	2.497	1.941	584	3.422
1996	2.782	2.053	629	3.410
1997	3.127	2.135	747	3.625
1998	2.678	2.451	626	3.556
1999	2.607	2.035	544	3.532
2000	2.764	2.052	677	3.916
2001	2.644	1.910	619	3.784
2002	2.713	2.004	585	4.033
2003	2.860	1.936	560	3.929
2004	2.710	2.236	576	2.558
2005	2.657	2.094	631	5.633 *
2006	2.388	1.798	549	5.425 *
2007	2.173	2.129	454	5.006 *

\*) Tallet indeholder også henvendelser vedrørende løbende sager - se skema 8.

### Nævnets behandlingstid:

En undersøgelse baseret på de 238 sager, der blev afsluttet i december måned 2007, viser, at sagerne blev afsluttet således:

Inden for	Antal	%
4 måneder	17	7,1
4-6 måneder	18	7,6
6-8 måneder	46	19,3
8-10 måneder	77	32,4
10-12 måneder	65	27,3
efter 12 måneder	15	6,3

Dette er ensbetydende med, at 34 % af sagerne er afsluttet inden for 8 måneder. I 2006 var tallet 21,4 %. 66,4 % af sagerne var afsluttet inden for 10 måneder. I 2006 var tallet 44,7 %.

### 2. Oversigt over de i 2007 indkomne/afsluttede sager fordelt efter branche:

Branche	Indkom. 2007		Afsluttet 2007		Afsluttet 2006	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Familieforsikring (bortset fra ansvar og retshjælp)	203	9,3	247	9,6	219	9,3
Hus- og grundejerforsikring (bortset fra ansvar og retshjælp)	158	7,3	179	7,0	192	8,2
Motorkøretøjsforsikring (bortset fra retshjælp)	341	15,7	387	15,0	380	16,2
Lystfartøjsforsikring (bortset fra retshjælp)	22	1,0	23	0,9	14	0,6
Husdyrforsikring (bortset fra ansvar)	15	0,7	21	0,8	9	0,4
Syge- og ulykkesforsikring	291	13,4	363	14,1	378	16,1
Arbejdsmarkedspension	87	4,0	135	5,2	88	3,7
Livs- og pensionsforsikring	264	12,1	324	12,5	300	12,8
Retshjælpsforsikring	97	4,5	104	4,0	97	4,1
Ansvarsforsikring	25	1,2	32	1,2	47	2,0
Rejseforsikring	145	6,7	181	7,0	144	6,1
Ejerskifteforsikring	363	16,7	413	16,0	294	12,5
Kritisk sygdom	80	3,7	80	3,1	79	3,4
Totalforsikring	27	1,2	24	0,9	40	1,7
Arbejdsløshedsforsikring	21	1,0	38	1,5	30	1,3
Diverse	6	0,3	4	0,1	4	0,2
Ingen	28	1,2	28	1,1	32	1,4
I alt	2.173	100	2.583	100	2.347	100

### 3. Resultatet af de 2.127 kendelser, nævnet afsagde:

	<b>Antal</b>	<b>%</b>	<b>Antal</b>	<b>%</b>
	<b>- 2007 -</b>		<b>- 2006 -</b>	
Afvist	71	3,3	70	3,9
Selskab medhold	1.727	81,2	1.463	81,4
Klager/selskab delvis medhold	120	5,7	73	4,1
Klager medhold	209	9,8	190	10,6
I alt	2.127	100,0	1.796	100,0

### 4. Ses der bort fra kendelser, hvor der skete afvisning, således at kun de realitetsbehandlede sager medtages, bliver resultatet følgende:

	<b>Antal</b>	<b>%</b>	<b>Antal</b>	<b>%</b>
	<b>- 2007 -</b>		<b>- 2006 -</b>	
Selskab medhold	1.727	84,0	1.463	84,7
Klager/selskab delvis medhold	126	5,8	73	4,2
Klager medhold	209	10,2	190	11,1
I alt	2.056	100,0	1.726	100,0

### 5. Fordelt efter branche er resultatet følgende:

#### *Familieforsikring:*

	<b>Antal</b>	<b>%</b>	<b>Antal</b>	<b>%</b>
	<b>- 2007 -</b>		<b>- 2006 -</b>	
Afsluttet uden kendelse	47	19,0	46	21,0
Selskab medhold	160	64,8	130	59,4
Klager/selskab delvis medhold	10	4,0	9	4,1
Klager medhold	17	6,9	18	8,2
Afvist af nævnet ved kendelse	13	5,3	16	7,3
I alt	247	100,0	219	100,0

#### *Hus- og grundejerforsikring:*

	<b>Antal</b>	<b>%</b>	<b>Antal</b>	<b>%</b>
	<b>- 2007 -</b>		<b>- 2006 -</b>	
Afsluttet uden kendelse	31	17,3	41	21,4
Selskab medhold	123	68,7	124	64,6
Klager/selskab delvis medhold	3	1,7	6	3,1
Klager medhold	17	9,5	15	7,8
Afvist af nævnet ved kendelse	5	2,8	6	3,1
I alt	179	100,0	192	100,0

*Motorkøretøjsforsikring:*

	Antal		Antal	
	- 2007 -		- 2006 -	
		%		%
Afsluttet uden kendelse	56	14,5	86	22,6
Selskab medhold	275	71,1	246	64,7
Klager/selskab delvis medhold	14	3,6	9	2,4
Klager medhold	27	7,0	20	5,3
Afvist af nævnet ved kendelse	15	3,8	19	5,0
I alt	387	100,0	380	100,0

*Lystfartøjsforsikring:*

	Antal		Antal	
	- 2007 -		- 2006 -	
		%		%
Afsluttet uden kendelse	1	4,3	2	14,3
Selskab medhold	17	74,0	11	78,6
Klager/selskab delvis medhold	1	4,3	-	-
Klager medhold	-	-	-	-
Afvist af nævnet ved kendelse	4	17,4	1	7,1
I alt	23	100,0	14	100

*Husdyrforsikring:*

	Antal		Antal	
	- 2007 -		- 2006 -	
		%		%
Afsluttet uden kendelse	7	33,3	2	22,2
Selskab medhold	8	38,1	5	55,6
Klager/selskab delvis medhold	-	-	-	-
Klager medhold	5	23,8	2	22,2
Afvist af nævnet ved kendelse	1	4,8	-	-
I alt	21	100,0	9	100,0

*Syge- og ulykkesforsikring:*

	Antal		Antal	
	- 2007 -		- 2006 -	
		%		%
Afsluttet uden kendelse	69	19,0	106	28,0
Selskab medhold	251	69,2	238	63,0
Klager/selskab delvis medhold	4	1,1	4	1,1
Klager medhold	31	8,5	24	6,3
Afvist af nævnet ved kendelse	8	2,2	6	1,6
I alt	363	100,0	378	100,0

*Arbejdsmarkedspension:*

	Antal		Antal	
	- 2007 -	%	- 2006 -	%
Afsluttet uden kendelse	16	11,9	20	22,7
Selskab medhold	109	80,7	64	72,7
Klager/selskab delvis medhold	3	2,2	-	-
Klager medhold	7	5,2	3	3,4
Afvist af nævnet ved kendelse	-	-	1	1,2
I alt	135	100,0	88	100,0

*Livs- og pensionsforsikring:*

	Antal		Antal	
	- 2007 -	%	- 2006 -	%
Afsluttet uden kendelse	53	16,3	43	14,3
Selskab medhold	221	68,2	207	69,0
Klager/selskab delvis medhold	16	9,0	13	4,3
Klager medhold	29	5,0	29	9,7
Afvist af nævnet ved kendelse	5	1,5	8	2,7
I alt	324	100,0	300	100,0

*Retshjælpforsikring:*

	Antal		Antal	
	- 2007 -	%	- 2006 -	%
Afsluttet uden kendelse	24	23,1	26	26,8
Selskab medhold	67	64,4	65	67,0
Klager/selskab delvis medhold	-	-	2	2,1
Klager medhold	13	12,5	4	4,1
Afvist af nævnet ved kendelse	-	-	-	-
I alt	104	100,0	97	100,0

*Ansvarsforsikring:*

	Antal		Antal	
	- 2007 -	%	- 2006 -	%
Afsluttet uden kendelse	11	34,4	21	44,7
Selskab medhold	19	59,4	21	44,7
Klager/selskab delvis medhold	1	3,1	-	-
Klager medhold	1	3,1	5	10,6
Afvist af nævnet ved kendelse	-	-	-	-
I alt	32	100,0	47	100,0

*Rejseforsikring:*

	Antal		Antal	
	- 2007 -		- 2006 -	
		%		%
Afsluttet uden kendelse	38	21,0	32	22,2
Selskab medhold	117	64,6	91	63,2
Klager/selskab delvis medhold	9	5,0	4	2,8
Klager medhold	13	7,2	16	11,1
Afvist af nævnet ved kendelse	4	2,2	1	0,7
I alt	181	100,0	144	100,0

*Ejerskifteforsikring:*

	Antal		Antal	
	- 2007 -		- 2006 -	
		%		%
Afsluttet uden kendelse	43	10,4	70	23,8
Selskab medhold	267	64,6	161	54,8
Klager/selskab delvis medhold	55	13,3	25	8,5
Klager medhold	32	7,8	27	9,2
Afvist af nævnet ved kendelse	16	3,9	11	3,7
I alt	413	100,0	294	100,0

*Kritisk sygdom:*

	Antal		Antal	
	- 2007 -		- 2006 -	
		%		%
Afsluttet uden kendelse	13	16,3	10	12,7
Selskab medhold	66	82,5	68	86,1
Klager/selskab delvis medhold	1	1,2	-	-
Klager medhold	-	-	-	-
Afvist af nævnet ved kendelse	-	-	1	1,2
I alt	80	100,0	79	100,0

*Totalforsikring:*

	Antal		Antal	
	- 2007 -		- 2006 -	
		%		%
Afsluttet uden kendelse	10	41,7	9	22,5
Selskab medhold	7	29,2	11	27,5
Klager/selskab delvis medhold	2	8,3	-	-
Klager medhold	5	20,8	20	50,0
Afvist af nævnet ved kendelse	-	-	-	-
I alt	24	100,0	40	100,0

*Arbejdsløshedsforsikring:*

	<b>Antal</b>	<b>%</b>	<b>Antal</b>	<b>%</b>
	<b>- 2007 -</b>		<b>- 2006 -</b>	
Afsluttet uden kendelse	5	13,2	3	10,0
Selskab medhold	20	52,6	19	63,3
Klager/selskab delvis medhold	1	2,6	1	3,4
Klager medhold	12	31,6	7	23,3
Afvist af nævnet ved kendelse	-	-	-	-
I alt	38	100,0	30	100,0

*Diverse:*

	<b>Antal</b>	<b>%</b>	<b>Antal</b>	<b>%</b>
	<b>- 2007 -</b>		<b>- 2006 -</b>	
Afsluttet uden kendelse	4	100,0	2	50,0
Selskab medhold	-	-	-	-
Klager/selskab delvis medhold	-	-	2	50,0
Klager medhold	-	-	-	-
Afvist af nævnet ved kendelse	-	-	-	-
I alt	4	100,0	4	100,0

Alle afsluttede	2.583
Uden branche	<u>28</u>
Total	2.555

## **6. Repræsentation ved advokat eller anden bisidder**

Af de 2.583 sager, der blev afsluttet i 2007, var klageren repræsenteret ved advokat eller bisidder i 785 sager, svarende til 30 % af sagerne.

Medholdsprocenten i sager med repræsentation var 30 %.

Medholdsprocenten i sager uden repræsentation var 23 %.

Hvis klageren vælger at anvende advokat eller anden bisidder, er det for egen regning, idet nævnet ikke kan pålægge parterne sagsomkostninger ved nævnsbehandlingen, jf. § 14, stk. 1, i nævnets vedtægter.

## 7. Resultatet af de af sekretariatet behandlede sager:

	Antal - 2007 -		Antal - 2006 -	
		%		%
A. Afvist, da klagen ikke omhandlede en tvist mellem klageren og dennes eget forsikrings-selskab, jf. vedtægternes § 2, stk. 1	26	1,0	35	1,5
B. Afvist, da klageren ikke forinden havde søgt en for ham tilfredsstillende ordning ved henvendelse til selskabet, jf. vedtægternes § 2, stk. 7	30	1,2	56	2,4
C. Afvist, da klagen omhandlede erhvervsforsikring, jf. vedtægternes § 3, stk. 1	14	0,5	26	1,1
D. Klagen afvist som med rette angående andet ankenævn eller lignende	18	0,7	13	0,6
E. Selskabet har opfyldt klagen helt eller delvist efter sekretariatets henvendelse	247	9,6	277	11,8
F. Sagen henlagt, da klageren havde tilbagekaldt denne	33	1,3	36	1,5
G. Sagen henlagt, da klageren ikke havde indbetalt klagegebyr	11	0,4	7	0,3
H. Selskabet har opfyldt klagen helt eller delvist, efter at sekretariatet har indhentet en sagkyndig udtalelse	12	0,5	21	0,9
I. Klageren har tilbagekaldt sagen, efter at sekretariatet har indhentet en sagkyndig udtalelse	18	0,7	22	0,9
J. Klageskema ikke modtaget efter indbetaling af gebyr	39	1,5	41	1,8
K. Klager accepterer selskabets afgørelse	3	0,1	7	0,3
L. Andet	3	0,1	8	0,3
I alt sekretariatsbehandlede	454	17,6	549	23,4
+ nævnsbehandlede	2.129	82,4	1.798	76,6
I alt afsluttede	2.583	100,0	2.347	100,0

Punkt L. indeholder bl.a. tilfælde, hvor sagen er henlagt i medfør af forretningsordenens § 9, stk. 2, fordi klageren ikke har besvaret sekretariatets anmodning om oplysninger til brug for sagens afgørelse.

Der blev, som det fremgår af de foranstående opstillinger, af nævnet afsagt 2.127 kendelser og afsluttet 2 sager uden kendelse, ligesom sekretariatet afsluttede 454 sager. Der blev således i alt færdigbehandlet 2.583 sager i 2007.

### 8 a. Resultatet af de afsluttede sager:

	I nævnet	I sekretariatet	Antal i alt	%
Afvist	71	88	159	6,2
Selskab medhold	1.727	-	1.727	66,9
Klager/selskab delvis medhold	120	-	120	4,6
Klager medhold	209	-	209	8,1
Forligt	2	259	261	10,1
Andet	-	107	107	4,1
I alt	2.129	454	2.583	100,0

### 8 b. Medtages alene de realitetsbehandlede sager, og der således ses bort fra de sager, hvor der skete afvisning, bliver resultatet for samtlige afsluttede sager:

	Antal - 2007 -	%	Antal - 2006 -	%
Selskab medhold	1.727	71,2	1.463	68,1
Klager/selskab delvis medhold	120	5,0	73	3,4
Klager medhold	209	8,6	190	8,9
Forligt	261	10,8	300	14,0
Andet	107	4,4	121	5,6
I alt	2.424	100,0	2.147	100,0

Sammenfattende kan konstateres, at der for 24,4 % af tilfældene, hvor sagen blev behandlet i realiteten, skete en ændring til fordel for klageren set i forhold til den afgørelse, klageren først havde fået i sit forsikringselskab. Procenten var i 2006: 26,3.

### 9. Fordelingen af henvendelser og forespørgsler m.v.

Henvendelsens karakter	- Henvendelsens måde -			I alt
	Telefon	Personligt	Skriftligt	
Klageskema sendt	174	-	42	216
Forespørgsel besvaret	2.945	16	-	2.961
Forespørgsel til løbende sag	1.829	-	-	1.829
I alt	4.948	16	42	5.006

Det behandlede antal henvendelser i 2006 var 5.425.

Det tilføjes, at Forsikringsoplysningen behandler klager over erhvervsforsikringer og klager i øvrigt uden for Ankenævnet for Forsikrings område.

## D. Efterlevelse af nævnets kendelser

Forsikringssselskaberne kan - i de første 4 uger efter afsendelsen af nævnets afgørelse - nægte at følge en kendelse, der helt eller delvis har givet en forsikringstager medhold. I påkommende tilfælde orienterer sekretariatet klageren om muligheden for at indbringe sagen for domstolene og i den forbindelse opnå retshjælpsdækning eller fri proces.

Overførte, uafklarede sager ultimo 2006	19
Nye tilkomne sager i 2007	17
I alt	35
Afsluttede i 2007	17
Til rest, uafsluttede ultimo 2007	18

I tiden 1. oktober 1980, hvor ordningen trådte i kraft, til 31. december 2007 er i alt afsagt 48.552 kendelser, heraf 7.749, hvor klageren har fået helt eller delvist medhold. Af disse har selskaberne i alt nægtet at efterleve 668 eller 8,6 pct. Af de 668 var 649 afsluttet ved udgangen af 2007, medens 18 var uafsluttet.

Nævnet har ingen muligheder for at registrere, i hvilket omfang klagere, der ikke har fået medhold, efterfølgende indbringer sager for domstolene, men det formodes, at det er meget få tilfælde.

En gennemgang af årsberetningerne for 1981-1990 viser, at de årlige selskabsanfægtelser har været som følger:

	Anfægtelser	% i forhold til de af klageren helt eller delvist vundne sager det pågældende år:
1981-1982 (begge år inkl.)	14	4,9
1983	7	3,3
1984	30	8,8
1985	28	10,5
1986	25	10,3
1987	43	15,3
1988	57	17,5
1989	53	15,9
1990	46	13,5

Det skal bemærkes, at antallet af kendelser pr. år i perioden 1981-1990 angiver antallet af kendelser afsagt af nævnet det pågældende år, mens antallet af anfægtelser omfatter de anfægtelser, der er modtaget i nævnets sekretariat det pågældende år.

Fra og med 1991 viser opgørelsen det endelige antal anfægtelser af kendelser afsagt det pågældende år.

	Anfægtelser	% i forhold til de af klageren helt eller delvist vundne sager det pågældende år:
1991	37	12,1
1992	36	11,9
1993	40	13,6
1994	32	9,9
1995	23	7,8
1996	22	7,5
1997	14	4,4
1998	22	6,9
1999	13	4,5
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

\*) heraf 7 sager vedrørende samme problemstilling.

For de ovenfor nævnte 649 afsluttede sagers vedkommende er det gået således efter nævnets afsigelse af kendelse:

	Antal i alt	%	Antal 2007
Klager medhold igen: Ved dom, ved at selskabet tog bekræftende til genmæle, eller ved at selskabet opgav (oftest efter at klageren var gået til advokat) eller betalte pr. kulance.	374	57,6	4
Forlig (mest 1/2 - 1/2 )*	35	5,4	-
Selskab medhold	77	11,9	3
Klager opgav sagen	163	25,1	10
I alt	649	100,0	17

\* Forlig, hvor selskabet fuldt ud eller i det væsentlige har opfyldt klagerens krav, er registreret som klager medhold.

Af de 486 sager, som klageren ikke opgav, fik klageren helt eller delvist medhold igen i de 409 sager, svarende til 84,2 %.

Selskabet fik dermed kun fuldt medhold i 77 sager, der blev ført videre, svarende til 15,8 %.

*De 17 sager, selskaberne anfægtede i 2007, er følgende:*

**67.824 - Nordea Pension**

**Livsforsikring**

Spørgsmålet, om der konkret er afgivet rentegaranti.

Sagen er opgivet af klageren, da rentegarantien kun vedrører fripolicer.

**67.880 - Nordea Pension**

**Livsforsikring**

Samme problemstilling som i 67.824.

**68.206 - Nordea Pension**

**Livsforsikring**

Samme problemstilling som i 67.824.

**68.239 - Nordea Pension**

**Livsforsikring**

Samme problemstilling som i 67.824.

**68.451 - PFA Pension**

**Livsforsikring**

Spørgsmål om hjemmel til ændring af bonusregulativ og spørgsmål om tilsagn om forrentning af depot med 5 %.

Klagerens advokat har meddelt, at der pågår forligsforhandlinger.

**68.605 - Stk:Pension**

**Arbejdsmarkedspension**

Spørgsmål om begyndelsestidspunkt for erhvervsevnetab.

Sagen er opgivet af klageren.

**69.233 - BG-Forsikring**

**Autoforsikring**

Spørgsmål om selskabets viden om ejer/brugerforhold ved tegning af forsikringen.

Sagen opgivet af klageren.

**69.308 - If Skadeforsikring**

**Retshjælp**

Spørgsmål om retshjælpsdækning til en sag mod selskabet om erstatning for tyveri af bil. Af selskabet afvist med henvisning til, at der var tale om forsikringsbedrageri.

Klagerens advokat har meddelt, at han ikke fortsætter sagen.

### **69.553 - Topdanmark Forsikring A/S**

#### **Ulykkesforsikring**

Spørgsmål, om selskabet havde godtgjort, at et ulykkestilfælde skyldes sygdom.

Klagerens advokat oplyser, at han er i færd med at udtage stævning.

### **69.612 - Alm. Brand Forsikring A/S**

#### **Livsforsikring**

Spørgsmål om hjemmel for gebyr.

Sagen er ifølge Forbrugerstyrelsen ved at blive indbragt for retten.

### **69.932 - If Skadeforsikring**

#### **Autoforsikring**

Spørgsmål om selskabets ret til selvrisiko.

Sagen er opgivet af klageren.

### **69.977 - Skandia**

#### **Livsforsikring**

Spørgsmålet om selskabets ret til yderligere omkostningsdækning.

Efterfølgende har det vist sig, at selskabet ikke - som opfattet af nævnet - havde opkrævet yderligere omkostninger med tilbagevirkende kraft.

### **70.237 - Codan Forsikring A/S**

#### **Ulykkesforsikring**

Spørgsmål om yderligere renter af ménerstatning.

Sagen bliver muligvis ført gennem klagerens fagforening.

### **70.500 - AIG**

#### **Rejseforsikring**

Spørgsmål om, hvad der er rimelige og absolut nødvendige udgifter til tøj m.v. ved bagageforsinkelse.

Selskabet har ifølge klageren efterfølgende opfyldt kendelsen.

### **70.529 - If Skadeforsikring**

#### **Autoforsikring**

Spørgsmål om erstatning for tyveri af bil.

Af selskabet afvist med henvisning til, at der var tale om forsikringsbedrageri, uden at selskabet dog ville oplyse nærmere om, hvad denne antagelse berod på.

Ifølge klagerens advokat er der udfærdiget stævning.

### **70.755 - Alm. Brand Forsikring A/S**

#### **Retshjælp**

Spørgsmål om rimelig grund til at føre sag mod pensionselskab om ret til udbetaling ved kritisk sygdom. Selskabet har efterfølgende meddelt, at det grundet nye oplysninger har givet forhåndstilsagn om retshjælpsdækning.

### **71.864 - Privatsikring**

#### **Familieforsikring**

Spørgsmål om omfanget og værdien af beskadiget tøj.

Som nævnt i skemaet på side 18 blev 17 sager endeligt afgjort i 2007. 3 af disse sager er omtalt i det følgende.

### **Kendelse nr. 60.613 af 1. december 2003**

#### **Ulykkesforsikring - Uklarhed i police**

Klageren, der havde gruppeulykkesforsikring i If Skadeforsikring, klagede over, at det udbetalte erstatningsbeløb ikke var i overensstemmelse med dækningstilsagnet i policen. Klageren havde pådraget sig et 40 % mén efter et trafikuheld. Det indklagede selskab havde udbetalt erstatning i overensstemmelse hermed, men klageren mente, at der i policen var givet dækningstilsagn om dobbelt erstatning, da menet oversteg 30 %.

Det indklagede selskab anførte over for nævnet:

”If har afvist at udbetale dobbelt erstatning, da denne tilvalgsdækning ikke er ønsket ved forsikringens tegning. Det fremgår af forsikringsvilkårenes punkt 1.4 at grunddækninger og tilvalgsdækninger kun er gældende, hvis de er nævnt i policen.”

Sagen har også været forelagt selskabets kundepanel, der udtalte:

”At det af forsikringsbetingelsernes punkt 1.4 fremgår, at grunddækninger og tilvalgsdækninger kun er gældende for forsikringen, såfremt disse er markeret på policens forside.

Da tilvalgsdækningen dobbelt erstatning ikke fremgår af policens forside, og da policen ikke i øvrigt indeholder oplysninger om, at denne dækning er tilvalgt, er policen ikke udvidet hermed. Forsikrede har således ikke krav på udbetaling af dobbelt erstatning under forsikringen.”

Af forsikringsbetingelserne fremgik:

#### **”Generelt**

##### **1.0 Forsikringens art**

...

1.2 Den enkelte type af ulykkesforsikring skal bestå af mindst en grunddækning. Grunddækningerne er:  
grunddækning 1: dødsfald (betingelsernes pkt. 14)  
grunddækning 2: invaliditet (betingelsernes pkt. 15)

1.3 Til grunddækning 2 kan vælges en eller flere tilvalgsdækninger:

...

c. progressiv tillægserstatning (betingelsernes pkt. 18)  
d. dobbelt erstatning (betingelsernes pkt. 19)

...

1.4 Grunddækninger og tilvalgsdækninger er kun gældende for forsikringen, såfremt disse er markeret på policens forside.

...

##### **18.0 Progressiv tillægserstatning**

18.1 Medfører et ulykkestilfælde en invaliditetsgrad på 30% eller derover, ydes en progressiv tillægserstatning, d.v.s. et tillæg på lige så mange procent af invaliditetserstatningen, som invaliditetsgraden udgør. Denne tillægserstatning nedsættes, jf. pkt. 12.

## 19.0 Dobbelt erstatning

19.1 Medfører et ulykkestilfælde en invaliditetsgrad på 30% eller derover, ydes der et tillæg til invaliditetserstatningen. Tillægget er af samme størrelse som invaliditetserstatningen, således at der i disse tilfælde betales en dobbelt erstatning. Denne tillægserstatning nedsættes, jf. pkt. 12.”

Nævnet udtalte i kendelse af 1/12 2003:

”På policens forside ses intet anført om dækningsomfanget. Derimod fremgår det af side 3, at en række dækninger er undtaget, men dækningen ’dobbelt erstatning’ er ikke nævnt blandt undtagelserne. Som selskabet har valgt at udforme policen, finder nævnet, at klageren med føje har kunnet gå ud fra, at dækningen ’dobbelt erstatning’ var gældende for hans forsikring, hvorfor b e s t e m m e s : Selskabet, If Skadeforsikring, skal anerkende, at forsikringen er tegnet med retten til ’dobbelt erstatning’ og udbetale klageren erstatning i overensstemmelse hermed med tillæg af renter i henhold til forsikringsaftalelovens § 24.”

Det indklagede selskab meddelte i skrivelse af 19/12 2003, at det ikke ville følge nævnets afgørelse, hvorefter klageren indbragte sagen for Retten i Glostrup.

I forbindelse med retssagen gjorde selskabet nu gældende, at klageren ikke var part i aftalen og derfor ikke kunne erhverve bedre ret end forsikringstageren, der var hans arbejdsgiver.

Selskabet fremlagde under sagen begæringen fra 1997, hvoraf det fremgik, at der ønskedes etableret en fritidsulykkesforsikring omfattende samtlige virksomhedens medarbejdere med forsikringssummerne 500.000 kr. ved død, 500.000 kr. ved invaliditet samt almindelig tandskade.

På baggrund heraf blev der udstedt police af Kgl. Brand. Policen blev den 1/10 2000 afløst af ny police udstedt af If Skadeforsikring, der i mellemtiden havde overtaget forsikringen fra Kgl. Brand.

Af denne police fremgik:

”Tegningsperiode:	1-årig tegning
Udstedelsesårsag:	Ændring af årspræmien
Forsikringen dækker:	Dødsfald                      kr. 563.000
	Invaliditet                      kr. 563.000
	Tandskade                      almindelig

Undtaget dækning:	Tillægserstatning
	Ekstra udgifter
	Hjælpemidler
	Sygeinvaliditet
	Ulykke-dagpenge
	Sygdom-dagpenge
	Sygdom-kapital.

Præmie

...

Tidligere dækning med samme dækningssummer udgår hermed.”

Klagerens advokat gjorde bl.a. gældende, at klageren havde en berettiget forventning om dobbeltesterstatning, idet klageren var i god tro og kunne støtte ret på police og vilkår, der over for klageren fremtrådte som indeholdende "forsikringsaftalen" og at det indklagede selskab måtte være klar over, at police og forsikringsbetingelser ville blive kopieret og videregivet til de ansatte som dokumentation for deres rettigheder.

Selskabets advokat gjorde som ovenfor nævnt gældende, at klageren "kun" var sikret i henhold til policen og ikke forsikringstager, og at aftalen derfor skulle fortolkes efter forsikringsaftalen mellem selskab og forsikringstager. Endvidere henviste advokaten til, at "dobbelt erstatning" ikke var omfattet, da denne dækning ikke fremgik af policens forside.

I dommen af 20/6 2007 (BS 07-89-382/2006) hedder det:

"Efter indholdet af arbejdsgiverens forsikringsmæglers begæring af 19. juni 1997 sammenholdt med forsikringsbetingelsernes pkt. 1.4, og det forhold, at policen ikke nævner dobbelt erstatning som en tilvalgt dækning, lægges det til grund, at den dækning, der var aftalt mellem forsikringsselskabet og arbejdsgiveren og som var gældende på ulykkestidspunktet, ikke indbefatter en ret til sådan yderligere erstatning.

[Klageren] findes ikke under de foreliggende omstændigheder som sikret efter forsikringsaftalelovens § 2, stk. 3, at kunne opnå en bedre retsstilling end, hvad der følger af det mellem arbejdsgiveren og selskabet aftalte. Dette gælder uanset den uklarhed om dækningsomfanget, som udformningen af den gældende police sammenholdt med forsikringsbetingelserne giver anledning til. If Skadeforsikring frifindes herefter.

Henset til, at If Skadeforsikring først under nærværende sag har fremsat anbringendet om, at [klageren] ikke kan opnå bedre ret end arbejdsgiveren og herunder fremlagt forsikringsmæglers begæring af 19. juni 1997, findes ingen af parterne at skulle betale sagsomkostninger til den anden."

#### **Kendelse nr. 63.339 af 14. februar 2005**

##### **Familieforsikring - Urigtige oplysninger - Fuldmagt - FAL § 9**

Forsikringstageren og hendes samlever havde tegnet familieforsikring i If Skadeforsikring i marts 2003 og anmeldte en tyveriskade i juni samme år. Selskabet afviste dækning og opsagde forsikringen med henvisning til, at klageren havde givet urigtige oplysninger om sit hidtidige skadeforløb.

I klage af 6/2 2004 til Ankenævnet anførte klagerens advokat:

"Det er mine klienters opfattelse, at der er tegnet forsikring i If Skadeforsikring, idet risikoen for ikke korrekt registrering af oplysningerne påhviler forsikringsselskabet og ikke mine klienter.

Som det fremgår af de vedlagte akter, har mine klienter oplyst om samtlige forhold, der har relation til tegningsaftalen. Det er assurandøren, som har nedskrevet de pågældende oplysninger og har udfyldt tegningsaftalen.

Det fremgår endvidere af den vedlagte erklæring, at det kan påvises, at mine klienter har afgivet de rigtige oplysninger til assurandøren. Hvorledes assurandøren vælger at behandle de pågældende oplysninger om tidligere anmeldte forsikringsbegivenheder, har mine klienter ingen mulighed for at vurdere.

Endvidere er det således, at det er arbejdsgiveren, der må bære risikoen for en assurandør/medarbejders handlinger i forhold til tegning af de enkelte forsikringer, som indeholder en kompleksitet og uoverskuelighed, som den almindelige borger/forsikringstager ikke har en umiddelbar mulighed for at vurdere indholdet af samt at reagere overfor.

Jeg skal i denne anledning henvise til Forsikringsaftalelovens § 5 og § 9.”

Klagerens advokat havde indhentet erklæring af 13/11 2003 fra den pågældende assurandør og af denne fremgik:

”Tidligere medarbejder hos If Skadeforsikring, ..., erklærer hermed, at der i forbindelse med tegningsaftale af den 31. marts 2003, tilbudsnr. ..., policenr. ..., for tegning af familieforsikring, at der i forbindelse med tilbudsafgivelsen blev oplyst, at der havde været 2 skader de seneste 3 år samt at forsikringsforholdet er opsagt af Alm. Brand, hvilken oplysning, af underskrevne desværre, ved en fejl, ikke indgår i forbindelse med registrerede oplysninger ved udfyldelse af tegningsaftale for tilbudsnr. ....”

Hertil anførte det indklagede selskab i skrivelse af 26/2 2004:

”Den 06. juni 2003 anmelder forsikringstageren et indbrudstyveri, som er sket samme dag. Forsikringen er trådt i kraft den 31.03.2003.

I den forbindelse undersøger vi forsikringstagerens tidligere forsikringsforhold og finder her frem til at forsikringstageren har haft 2 skader indenfor de sidste 3 år samt at hun er blevet opsagt af Alm. Brand.

Ved etableringen af forsikringerne i If har forsikringstageren underskrevet en tegningsaftale, hvor det fremgår, at forsikringstageren ikke har haft skader i de sidste 3 år samt ikke tidligere er blevet opsagt af et forsikringsselskab.

Af denne aftale fremgår det ligeledes, hvilke konsekvenser det kan have, hvis forsikringstageren giver urigtige oplysninger. Her står:

*’Jeg/vi erklærer hermed at have besvaret alle spørgsmål på ovenstående bilag i overensstemmelse med sandheden. Jeg/vi ved, at evt. urigtige oplysninger kan medføre afslag på eller nedslag i erstatningen efter forsikringsaftaleloven.’*

Havde vi haft kendskab til, at forsikringstagerne tidligere var sagt op af Alm. Brand, så havde vi afvist at etablere forsikringer her i If.

Selv om sælgeren begår en fejl og ikke får noteret de væsentlige forhold ind i tegningsmaterialet, så ændrer det ikke vores stillingtagen til sagen. Forsikringstageren har underskrevet tegningsaftalen den 31. marts 2003 og burde i den forbindelse selv have været opmærksom på fejlen og fået den rettet inden de skrev under.”

I sin kendelse af 14/2 2005 udtalte nævnet:

”Selskabets assurandør var ifølge sin egen erklæring bekendt med klagerens forudgående skader, og at klageren tidligere havde fået sin forsikring opsagt. Selskabet er dermed i medfør af forsikringsaftalelovens § 9 afskåret fra at gøre gældende, at klageren har givet urigtige oplysninger herom.

Som følge heraf b e s t e m m e s : Selskabet, If Skadeforsikring, skal anerkende ikke at være berettiget til at afvise at yde forsikringsdækning og opsige forsikringen med den begrundelse, at klageren har givet urigtige oplysninger.”

Det indklagede selskab meddelte i skrivelse af 9/3 2005, at det ikke ønskede at være bundet af afgørelsen. Klageren indbragte herefter sagen for Retten i Glostrup.

For retten gjorde selskabet gældende:

”at sagsøgers krav, for så vidt det i øvrigt havde været berettiget, ville være bortfaldet som følge af forældelse og retsfortabende passivitet, jf. FAL § 29, idet kendelsen fra Ankenævnet for Forsikring forelå allerede umiddelbart efter den 14. februar 2005, og idet sagsøgte allerede den 9. marts 2005 meddelte, at kendelsen ville blive anfægtet, jf. bilag F, og idet sagsøger desuagtet først udtog stævning ca. 15 måneder herefter,

at sagsøger i forbindelse med tegning af forsikring har afgivet urigtige oplysninger, jf. FAL § § 4-6,

at den som bilag 3 fremlagte erklæring [erklæringen fra tegningsmedarbejderen] ikke kan lægges til grund som korrekt,

at tegningsaftalen ikke blev indgået med en assurandør, men af en i forhold til sagsøgte selvstændig sælger,

at sagsøgte ikke ville have indgået forsikringsaftalen med sagsøger, såfremt de korrekte oplysninger havde været afgivet,

at forsikringssælgeren ikke var bemyndiget til på sagsøgtes vegne at give afkald på at få korrekte oplysninger, og at sagsøgte måtte vide dette,

at sagsøger alene bærer risikoen for, at de i tegningsmaterialet angivne oplysninger er i overensstemmelse med sandheden,

at sagsøgte derfor korrekt har opsagt forsikringen,

og navnlig :

at sagsøger ikke har været i god tro med hensyn hverken til de givne risikooplysningers rigtighed eller med hensyn til betydningen heraf for sagsøgte stillingtagen til, om en sådan fakultativ forsikring overhovedet kunne tilbydes,

- at sagsøgte under disse omstændigheder ikke i medfør af FAL § 9 eller på andet grundlag er afskåret fra at gøre gældende, at sagsøger har afgivet urigtige oplysninger,
- at sagsøger ikke har dokumenteret, at en forsikringsbegivenhed, - som ville have været omfattet af forsikringen, såfremt korrekte oplysninger var afgivet - er indtruffet,
- at sagsøger ikke har opfyldt sin tabsbegrænsningspligt, og
- at sagsøger har undladt at opfylde de krav, som følger af FAL § 21 og § 22, ...”

Klagerens advokat gjorde gældende:

”at sagsøgte er pligtig at erstatte den opgjorte tyveriskade i overensstemmelse med den tegnede familieforsikring.

og bestridt

at sagsøger i forbindelse med forsikringens tegning svigagtigt eller groft uagtsomt har givet urigtige oplysninger eller fortiet oplysninger, eller at sagsøgte forhold i øvrigt var af en sådan art, at det ville stride mod almindelig hæderlighed at gøre forsikringsaftalen gældende, jfr. Forsikringsaftalelovens §§ 4, 5, 6 og 7,

og gjort gældende,

at sagsøgte ikke kan påberåbe sig, at urigtige oplysninger er givet, da sagsøgte ved assurandør/forsikrings sælger ... forsikringstegning var eller burde være vidende om det tidligere skadesforløb og Alm. Brands opsigelse, jfr. Forsikringsaftalelovens § 9 og kendelse fra Ankenævnet for Forsikring den 14/ 2005 ...

at sagsøger har dokumenteret sit erstatningsbegrundende tab ved fremlæggelse af fakturaer, kvitteringer og erklæringer vedrørende de stjålne effekter ... - Det noteres i den forbindelse, at sagsøgte ved notat den 27/9 2006 ... beløbsmæssigt anerkender, at forsikringserstatningen kan opgøres til kr. 43.311,45, der svarer til den subsidiære påstand.

at sagsøgte ved passivitet er afskåret fra at påberåbe sig andre indsigelser end urigtige oplysninger ved forsikringsaftalens indgåelse, da sagsøgte ikke tidligere i forbindelse med skadessagsbehandlingen eller for Forsikringsankenævnet har påberåbt sig andre indsigelser, herunder omstændigheder ved forsikringsbegivenheden.

og bestridt,

at der foreligger omstændigheder ved forsikringsbegivenheden, der afskærer sagsøger fra forsikringsdækning, og i den forbindelse

at sagsøgtes undersøgelsesrapport ... eller P. [sagsøgtes medarbejder] eventuelle forklaring som partsrepræsentant/vidne kan tillægges bevismæssig betydning.

at sagsøgers betalingskrav er forældet eller bortfaldet ved rettighedsfortabende passivitet, j fr. Forsikringsaftalelovens § 29.”

Under sagen blev der bl.a. afgivet vidneforklaring af forsikrings sælgeren, forsikringstageren og dennes samlever samt en medarbejder fra If Skadeforsikring. Forsikrings sælgeren forklarede i retten, at han i første omgang meddelte selskabet, at han ikke var bekendt med klagerens tidligere skader og opsigelse fra tidligere selskab, men i retten forklarede han, at han kendte klageren og hendes samlever, og at han var bekendt med de faktiske forhold, men at han efter aftale med klageren og sin chef, der var franchisetager, udfyldte aftalen med udeladelse af oplysningerne om tidligere forsikringsforhold og skader.

I Glostrup Rets dom af 29/10 2007 (BS 07-89-209/2006) hedder det:

”Retten lægger efter sagens oplysninger, herunder den af sagsøgtes medarbejder T.s forklaring til grund, at sagsøgte ikke ville have tegnet forsikringen, hvis sagsøgte ved aftalens indgåelse havde været bekendt med sagsøgerens tidligere skader, og at sagsøgeren var opsagt af sit tidligere forsikrings selskab.

Efter vidne [forsikrings sælgerens] forklaring lægger retten til grund, at forsikringsaftalen blev skrevet på en bærbar computer under besøg hos sagsøgeren og hendes samlever. Sagsøgtes medarbejder T. har forklaret, at side 1, tegningsaftale, og side 2, fuldmagt, ... udskrives samlet i sagsøgtes sagsbehandlingssystem. Retten finder det herefter ubetænkeligt, at sagsøgeren og hendes samlever har skrevet under på fuldmagten indeholdende erklæringen om at have besvaret alle spørgsmål i ovenstående bilag i overensstemmelse med sandheden og at være bekendt med, at eventuelle oplysninger kan medføre afslag på erstatning.

Sagsøgeren, ...[samleveren] og ...[forsikrings sælgeren] har alle forklaret, at de var klar over, at de ikke korrekte oplysninger ville blive lagt til grund hos sagsøgte ved indtegningen af forsikringen. Sagsøgtes medarbejdere, T. og P., har forklaret, at det er muligt for forsikrings selskabet ved henvendelse til andre selskaber at undersøge kundernes tidligere forsikringsforhold, men at man stoler på og lægger de afgivne oplysninger til grund, medmindre særlige forhold gør sig gældende.

Retten finder ikke, at sagsøgeren kan være i god tro med hensyn til, hvorvidt sælgeren af forsikringen er bemyndiget til at give afkald på korrekte oplysninger om vigtige punkter. Det bemærkes herved, at tegningsaftalen fylder mindre end 1 side, og at spørgsmålene om tidligere forsikringsforhold er fremhævet i et særligt afsnit om supplerende oplysninger, hvor der skal svares på to konkrete, ikke udviklede spørgsmål.

Sagsøgte findes på denne baggrund ikke afskåret fra at gøre gældende, at sagsøgeren har afgivet urigtig oplysning, jf. forsikringsaftalelovens § 9. Sagsøgtes frifindelsespåstand tages herefter til følge.

...

Thi kendes for ret: Sagsøgte, If Skadesforsikring, frifindes.”

### **Sag nr. 66.035 af 5. december 2005**

#### **Arbejdsmarkedspension - Urigtige oplysninger**

Klageren, der var omfattet af en arbejdsmarkedspension i Stk:Pension, klagede over, at selskabet i forbindelse med ansøgning om udbetaling af ydelser havde afslået dette med henvisning til, at der var afgivet urigtige helbredsoplysninger ved tegningen i maj 2000. I konsekvens heraf havde selskabet indført 3 klausuler, der begrænsede dækningen på forsikringen med tilbagevirkende kraft fra tegningstidspunktet.

I klageskrivelse til Ankenævnet anførte klagerens advokat:

”I oktober 2001 blev min klient udsat for et færdselsuheld, hvor han under en ferierejse i Tyskland blev påkørt bagfra, da han holdt for rødt lys. Klagers bil blev totalskadet.

Ved trafikuheldet pådrog klager sig væsentlige ryglidelser, som medførte, at han måtte overgå til fleksjob.

Klager modtager 2/3 løntilskud fra kommunen og arbejder pt. 15 timer om ugen med væsentlige skånehensyn. Klager har tidligere i fleksjobperioden arbejdet 18 timer om ugen, men dette er nu blevet nedsat til 15 timer om ugen under henvisning til klagers helbredsmæssige tilstand.

Klager fik fleksjob med løntilskud i slutningen af 2002, hvorefter der blev ansøgt om erhvervsevnetabsdækning hos klagers pensionselskab, SamPension, StK:Pension, under policenr. ...

Der pågik herefter omfattende drøftelser mellem parterne, bl.a. i anledning af at der blev indhentet lægelige oplysninger i sagen og øvrige oplysninger, bl.a. ved breve fra klagers fagforening angående en på daværende tidspunkt verserende arbejds-skadesag.

På grundlag af de lægelige og de øvrige oplysninger i sagen, er SamPension, StK:Pension, af den opfattelse, at klager ikke i forbindelse med oprettelse af pensionsordningen den 01.05.2000 har givet samtlige relevante oplysninger til brug for sagen. Bl.a. mener SamPension, StK:Pension, at det ved lægelige oplysninger i sagen m.v. er dokumenteret, at klager før pensionsordningens oprettelse havde væsentlige rygproblemer, som klager ikke har oplyst om overfor SamPension, StK:Pension, i forbindelse med pensionsordningens oprettelse. SamPension, StK:Pension, afviser derfor dækning af erhvervsevnetab og pålægger samtidig klausul om, at der ikke sker dækning af lænderyglidelse med tilbagevirkende kraft fra pensionsordningens oprettelse, den 01.05.2000.

...

Der nedlægges påstand om, at SamPension, StK:Pension, skal anerkende:  
1. at klager opfylder betingelserne for at opnå dækning af erhvervsevnetab og

2. at SamPension, StK:Pension, har været uberettiget til at pålægge klausuler med tilbagevirkende kraft, som anført i policetillæg af 26.08. 2004.

Til støtte for disse påstande gøres det gældende, atklagers erhvervsevnetab er nedsat med 2/3 indenfor ethvert erhverv,

at klager ikke er i stand til at tjene mere end 1/3 af den indtægt, der er sædvanlig for fuldt erhvervsdygtige personer med lignende uddannelse og alder i samme egn,

at klager ikke har haft rygproblemer før færdssuheldet i oktober 2001,

at klager ikke før færdssuheldet i 2001 har modtaget lægebehandling eller anden behandling imod rygproblemer, udover behandling for et akut hold i ryggen tilbage i slutningen af 1980'erne eller starten af 1990'erne,

at dette akutte hold i ryggen ikke er udtryk for generelle rygproblemer,

at SamPension, StK:Pension, således er forpligtet til at udbetale erhvervsevnetab, og

at SamPension, StK:Pension, er uberettiget til at pålægge klausuler med tilbagevirkende kraft i henhold til policetillæg af 26.08.2004.”

Hertil anførte selskabet:

”Herudover er der klaget over, at selskabet den 27. august 2004 har givet afslag på dækning som følge af erhvervsevnetab med henvisning til, at vi ud fra en helbredsmæssig vurdering ikke fandt forsikredes erhvervsevne nedsat med 2/3 indenfor ethvert erhverv. I overensstemmelse med denne vurdering var forsikrede på dette tidspunkt i stand til at varetage et fleksjob med en aftalt, ugentlig arbejdstid på først 18 og efterfølgende 15 timer, og kunne således udnytte en faktisk erhvervsevne på mere end 1/3 af det normale.

Vi har nu modtaget yderligere oplysninger til sagen, hvoraf det fremgår, at forsikrede aktuelt kun har en reel arbejdstid på 2,5 til 3 timer dagligt.

På baggrund af disse oplysninger har selskabet besluttet at yde dækning som følge af erhvervsevnetab.

Det betyder, at forsikrede nu vil modtage dækning fra den gruppelevsforikring, der er tilknyttet pensionsordningen i StK:Pension. Da selskabet imidlertid har vurderet, at nedsættelsen af [klagerens] erhvervsevne i hvert fald delvist skyldes lidelser omfattet af de klausuler, der er påført ordningen, vil dækningerne på selve pensionsordningen bortfalde, og der vil blive købt livrente for den opsparede værdi jf. pensionsregulativets § 2.

Den følgende redegørelse vil derfor primært omhandle anfægtelsen og den efterfølgende klausulering af pensionsordningen.

Selskabet har vedlagt kopi af det for ordningen gældende regulativ, for ansatte - med månedsvis lønafregning - indenfor Statsansattes Kartel's (i det følgende kaldet StK) forhandlingsområde, faggruppe ....

Det fremgår af pensionsregulativets § 2, at medarbejderen skal afgive helbredsoplysninger til KP i henhold til aftale med StK til bedømmelse af helbredstilstanden, når pensionsordningen skal oprettes.

Er helbredsoplysningerne tilfredsstillende, oprettes pensionsordningen på normale vilkår.

Om klausuler fremgår det videre af § 2, at pensionsordningen oprettes med en tidsbegrænset klausul, hvis de modtagne helbredsoplysninger ikke medfører oprettelse på normale vilkår. Det betyder, at der ikke opnås dækning ved død og/eller erhvervsevnetab i klausulperioden, hvis årsagen er den eller de lidelser, som har været årsag til klausulen.

Klausulens årsag og varighed fremgår af forsikringspolicen. Klausulen berører ikke gruppelivsforsikringen.

Kan pension ikke udbetales på grund af klausul, anvendes den opsparede værdi incl. bonus til køb af livrente efter nærmere aftale med KP.

### ***Kort sagsfremstilling.***

Selskabet har den 12. marts 2004 modtaget ansøgning om dækning som følge af erhvervsevnetab på grund af kronisk lænderyglidelse og slidgigt. Det fremgår af ansøgningen, at forsikrede mærkede de første symptomer på lidelsen i 1988.

Selskabet indhentede herefter sagsakter fra ... Kommune, hvoraf det fremgik, at forsikrede var bevilget fleksjob som gravermedhjælp fra den 1. januar 2003. Den ugentlige arbejdstid udgjorde 18 timer.

Herudover fremgik af akterne, at forsikrede gennem flere år havde lidt af lænderygmerter, der var forværret i forbindelse med et trafikuheld i 2001. Forsikrede blev påkørt bagfra, og ca. 14 dage efter oplevede han en forværring af ryggene. Efterfølgende er der tilkommet yderligere forværring af [klagers] lænderygmerter.

Endelig fremgik af akterne, at [klageren] tidligere havde arbejdet som fisker og at hans lænderyglidelse i den forbindelse var blevet anmeldt til Arbejdsskadestyrelsen som en erhvervssygdom.

I sagen foreligger en helbredserklæring A, underskrevet af forsikrede den 11. juli 2000 til brug for hans optagelse i pensionsordningen pr. 1. maj 2000.

På dette grundlag indhentede selskabet sagsakter fra Arbejdsskadestyrelsen og journaloplysninger fra forsikredes praktiserende læge.

Det fremgik af oplysningerne fra [klagerens] læge, at der i perioden fra 23. juli

1990 og frem til 8. maj 1995 løbende var ordineret Apozeepam (anvendes ved angst, uro og alkoholabstinens), samt antabus.

Af akterne fra Arbejdsskadestyrelsen fremgik, at [klageren] i ca. 30 år havde arbejdet som fisker, hvilket han dog måtte opgive omkring 1992 og han første gang mærkede rygsymptomer i 1990-1992. Det blev oplyst, at forsikrede den gang modtog behandling ved vagtlæge, i form af piller og blokader. Ryggerne blev beskrevet som smerter over lænden trækkende ned i højre ben. På spørgsmålet om, hvilket ansættelsesforhold, der menes at have medført skadelig påvirkning, angives årene som fisker fra 1962 til ca. 1992.

I arbejdsskadesagen foreligger desuden arbejdsmedicinsk speciallægeerklæring af 11. september 2002, fra overlæge .... Det fremgår af erklæringen, at forsikrede har haft lænderygbesvær siden 1980'erne, i form af lavt placerede lænderyggener tværs over lænden, ind imellem med udstråling, i perioder også snurren mest i højre, men ind imellem også i venstre ben. Generne gav ikke anledning til sygemelding eller lægebesøg, men forsikrede måtte jævnligt indtage smertestillende håndkøbsmedicin.

Det angives, at der de sidste 2 år har været udtalt forværring af lænderyggenerne, der efterhånden blev kroniske og efterhånden også søvnhindrende, hvorpå forsikrede til sidst lod sig sygemelde i april 2002.

Forsikrede oplyser ifølge erklæringen, at han i oktober 2001 var udsat for et trafikuheld i Tyskland, hvor han blev påkørt bagfra. Forsikrede fik et skub fremad, men der angives ikke egentlig forværring af ryggerne i forbindelse med selve uheldet.

Arbejdsskadestyrelsen vurderede ikke, at der var tale om en arbejdsbetinget lidelse, hvorefter ... Forbund fremsendte brev af 6. februar 2003 til styrelsen. Af brevet fremgik, at forsikrede i 1978 fik de første alvorlige problemer med ryggen og derfor søgte andet erhverv end fiskeriet.

[Klageren] forsøgte igen i 1987 trods rygproblemerne at ernære sig som fisker. Efter ca. 1 1/2 år måtte forsikrede dog opgive erhvervet, da ryggen ikke længere kunne holde til det. På denne baggrund anmodedes Arbejdsskadestyrelsen om at revurdere sagen.

Ud fra disse oplysninger meddelte selskabet i brev af 26. juli 2004, at forsikredes police ville blive påført tre klausuler, med tilbagevirkende kraft, vedrørende henholdsvis ryglidelse, brug af beroligende medicin og antabus.

Sagen blev herefter forelagt for selskabets lægekonsulent og på grundlag af sagens samlede oplysninger, blev det vurderet at forsikrede ikke opfyldte betingelserne for dækning som følge af erhvervsevnetab.

...

Eftersom det fremgår af sagsakterne, at bevillingen af fleksjob til [klageren] skyldes lænderyglidelse, og der primært tages skånehensyn til tunge løft, har vi vurderet, at erhvervsevnetabet i hvert fald delvist skyldes den lænderyglidelse, forsikrede har lidt af gennem talrige år, og som pensionsordningen er klausu-

leret for. Derfor kan der ikke ydes præmiefritagelse eller børnepension som følge af erhvervsevnetab. Der er i sagen ikke dokumentation for, at andre ikke klausulerede lidelser i sig selv kan medføre 2/3 erhvervsevnetab.

Den opsparede værdi incl. bonus vil herefter blive anvendt til køb af livrente efter nærmere aftale med StK.”

Klagerens advokat anførte hertil:

”Det er korrekt, at min klient i en kort periode i slutningen af 80’erne/starten af 1990’erne fik antabus og beroligende medicin. Siden dengang har min klient ikke modtaget sådan medicin og antabus. Oplysningen var derfor ikke relevant at anføre i helbredserklæringen, afgivet af min klient i juli 2000.

Min klient kunne heller ikke give oplysninger om rygproblemer ved afgivelse af helbredserklæringen i juli 2000 af den simple årsag, at min klient ikke havde rygproblemer. Dette fremgår klart af min klients egen læges oplysninger. Min klient har således ikke nogensinde før ulykken i 2001 kontaktet egen læge angående rygproblemer, bortset fra et akut lændehold i 1988, hvor min klient fik en blokade, og hvor lændeholdet herefter gik væk.

Jeg henleder endvidere opmærksomheden på, at Arbejdsskadestyrelsen har afvist sagen som en arbejdsskade.

Min klients rygproblemer startede således først i forbindelse med bilulykken i 2001.”

Dette fik selskabet til i skrivelse af 11/7 2005 at anføre:

”Forsikrede har den 11. juli 2000 underskrevet en helbredserklæring A. Erklæringens eksakte indhold vil være Ankenævnet bekendt, her skal blot fremhæves, at forsikrede har erklæret ikke at have lidt af eller være undersøgt for andet end almindelig forkølelse og influenza de sidste 10 år, samt ikke tidligere gennem længere tid (mere end en måned), at have brugt lægemidler ordineret af læge eller anden behandler.

Endelig fremgår direkte af erklæringen, at forsikringen ifølge forsikringsaftaleloven kan nedsættes eller ophæves, hvis det oplyste ikke er fuldt sandfærdigt.

Selskabet stiller sig derfor uforstående overfor, hvorledes forsikrede under disse omstændigheder skulle kunne antage, at det ikke var relevant at oplyse om et langvarigt medicinforbrug på grund af alkoholoverforbrug og psykiske problemer, der pågik frem til maj 1995, ca. 5 år før underskrivelsen af helbredserklæringen.

Vedrørende forsikredes rygproblemer henvises til den udførlige beskrivelse i vores brev af 10. maj 2005 samt det medfølgende materiale. Vi skal dog bemærke, at forsikrede selv har påført sin ansøgning, at han første gang havde symptomer fra ryggen i 1988.

Hvor vidt forsikredes ryglidelse er anerkendt som en arbejdsskade er ikke

relevant for den konkrete sag. Som det fremgår af Arbejdsskadestyrelsens afgørelse af 23. december 2002 vedrører afvisningen af anerkendelse som erhvervssygdom alene forhold omkring belastningsgraden i forsikredes tidligere erhverv, hvor der ikke skønnes at have været tilstrækkelig løftemængde (8-10 tons eller derover). Hertil kommer, at arbejdet ikke findes at have indebåret særlig atypisk belastning og dermed risiko.

Der stilles på intet tidspunkt spørgsmålstejn ved, om forsikrede nu også har den ryglidelse, han angiver at have, det er alene lidelsens oprindelse, der tages stilling til i arbejdsskadesagen.”

I sagen var der indhentet forskellige lægelige oplysninger.

I speciallægeerklæring af 11/9 2002 til Arbejdsskadestyrelsen (speciallæge i arbejdsmedicin) hedder det bl.a.

” **Nuværende**

Undersøgte angiver, at han har haft lænderygbesvær siden slutningen af 1980'erne i form af lavt placerede lænderyggener tværs over lænden, ind imellem med udstråling i perioder også snurren mest i højre, men ind imellem også i venstre. Gav ikke anledning til sygemelding eller lægebesøg, men undersøgte måtte jævnligt indtage håndkøbs smertestillende medicin.

De sidste 2 år udtalt forværring af lænderyggene, der efterhånden blev kroniske og efterhånden også søvnhindrende. Hvor han til sidst i april i år lader sig sygemelde. Undersøgte beskriver, at der cirka det sidste år har været mere eller mindre konstant snurren specielt i højre fod og på udsiden af underbenet.

...

Undersøgte oplyser samstemmende med journal fra ... Sygehus, at han i oktober 2001 var udsat for et trafikuheld, hvor han under ferierejse i Tyskland blev påkørt bagfra, da han holdt for rødt lys. Undersøgtes bil blev totalskadet. Fik et skub fremad, men ikke egentlig forværring af ryggene i forbindelse med selve uheldet. 17.04. 2002 - 15.08.2002, undersøgt og fulgt på Reumatologisk ambulatorium ... ved overlæge ...”

Af en statusattest af 4/12 2002 fremgik bl.a.:

”Lænderygsmarter gennem mange år. Tidl. fisker, nu kirkegårdsmedarbejder. Der er ved rheum. afd. ... fundet svære slidgigtsforandringer, for hvilket der ingen effektiv behandling gives.

Der er således kroniske smerter som forværres i forbindelse med tungt løftearbejde o.l. Tilstanden er stationær.”

I skrivelse af 6/2 2003 fra klagerens forbund hedder det bl.a.:

”I 1978 fik skadelidte de første alvorlige problemer med ryggen, og besluttede sig derfor til, at søge arbejde inden for andre områder end fiskeriet.

...

I 1987 besluttede [klageren] sig for igen at forsøge med fiskerierhvervet, trods problemer med ryggen. Efter ca. halvandet år fiskeri ombord på danske fiskefartøjer, måtte medlemmet i slutningen af 1988 definitivt opgive fiskerierhvervet, idet ryggen ikke længere kunne holde til det hårde fysiske arbejde ombord på et gyngende fiskefartøjs dæk og lastrum.”

I skadeanmeldelsen af 10/3 2004 anførte klageren, at han første gang mærkede symptomer på ryglidelsen i 1988.

Af klagerens ressourceprofil fremgik:

” **Helbredsmæssige forhold:**

[Klageren] har i flere år døjet lidt med ryggen, men efter trafikulykke i efteråret 2001 har ryggen givet mange smerter. Er konstant generet af smerter i ryggen. Kan ikke sidde stille på en stol ret længe ad gangen, har det bedst hvis han går stille rundt, hvis han går langt begynder det at snurre i benene og [klagerens] nattesøvn er afbrudt mange gange, ligger og drejer sig i sengen og må op flere gange for at gå rundt.

Bruger 1-2 timer på at hvile, når han kommer hjem fra arbejde. I den nuværende arbejdsprøvning startede [klageren] på 20 timer ugentligt, men den ugentlige arbejdstid er sat ned til 18 timer, som [klageren] mener er passende.

**Helbedsvurdering:**

Det er min vurdering, at [klagerens] fortsatte tilknytning til arbejdsmarkedet skal være i form af et fleksjob på nuværende arbejdsplads. Arbejdspladsen er villig til at tilbyde [klageren] et fleksjob som gravermedhjælper. På nuværende arbejdsplads vil der således være mulighed for at tilbyde [klageren] arbejdsopgaver, som ikke er fysisk belastende og som er varierede, således at [klageren] ikke udfører de samme arbejdsfunktioner i for lang tid ad gangen.”

I kendelse af 5/12 2005 udtalte nævnet:

”Klageren har efter nævnets opfattelse afgivet urigtige oplysninger vedrørende ordineringen af antabus og beroligende medicin.

Det er ikke godtgjort, at klageren inden for de sidste 10 år, før han afgav helbredsoplysninger, har været undersøgt af læge vedrørende sin ryg eller modtaget lægeordineret medicin vedrørende rygsmerter. Det er derfor nævnets opfattelse, at klageren vedrørende sin rygskada ikke har afgivet urigtige oplysninger.

Klageren har tillige skrevet under på, om han på tegningstidspunktet var fuldstændig rask og arbejdsdygtig. Som udsagnet i erklæringen er formuleret, kan klageren efter nævnets opfattelse med rette fortolke udsagnet derhen, at han skal være fuldt arbejdsdygtig og ikke lide af en kronisk lidelse. Da klageren efter det oplyste har været fuldt arbejdsdygtig, idet han ikke har været sygemeldt og ikke modtaget lægeordineret behandling, finder nævnet, at klageren heller ikke har besvaret dette spørgsmål urigtigt. At klageren gennem flere år som følge af sit tunge fysiske arbejde har haft generende rygsmerter, kan ikke føre til et andet resultat.

Det er derfor nævnets opfattelse, at selskabet har været berettiget til at klausulere forsikringen med hensyn til alkoholmisbrug og psykiske lidelser, men ikke for så vidt angår ryggenerne. Selskabet skal derfor genoptage sagsbehandlingen under hensyntagen hertil.”

Det indklagede selskab meddelte i skrivelse af 21/12 2005 bl.a.:

”Selskabet kan oplyse, at vi ikke vil følge kendelsen. Det skyldes, at der er tale om objektivt urigtige risikooplysninger, og at disse som minimum må betegnes som afgivet uagtsomt.

...

Det fremgår af kendelsen, at Ankenævnet har lagt til grund, at [klageren] ikke har været undersøgt af læge eller har modtaget lægeordineret medicin vedrørende rygsmerter indenfor de sidste 10 år før forsikringens tegning den 1. maj 2000.

Dette er imidlertid ikke korrekt:

Som det fremgår af det materiale, der blev fremsendt til Ankenævnet sammen med selskabets brev af 10. maj 2005, foreligger det skriftligt dokumenteret i journalmateriale fra Lægerne i ... at forsikrede har modtaget behandling for akutte rygsmerter den 17. januar 1991, og at han i denne forbindelse blev ordineret Lidocain (blokade) og Brufen (smertestillende).

Derudover er der i forbindelse med [klagerens] ansøgning om dækning som følge af erhvervsevnetab fremkommet talrige oplysninger om, at [klageren] reelt havde ryggener før tegningstidspunktet:

- Ansøgning underskrevet af forsikrede selv den 10. marts 2004. Der søges for kronisk lænderyglidelse med symptomdebut i 1988.
- Sagsakter fra ... Kommune.  
Det fremgår af journalnotaterne fra år 2002, at forsikrede i flere år har døjet lidt med ryggen.
- Skema til brug for erhvervssygdомssagen i Arbejdsskadestyrelsen. Forsikrede skriver den 10. maj 2002 selv under på, at han siden 1990-92 har haft gener fra lænderyggen. Det fremgår også af skemaet, at han har fået piller og blokade hos vagtlægen ...
- Speciallægeerklæring af 11. september 2002.  
Det fremgår, at forsikrede har oplyst, at han har haft lænderygbesvær siden slutningen af 80'erne. Dette gav ikke anledning til sygemelding, men forsikrede måtte jævnligt indtage håndkøbsmedicin. Af samme erklæring fremgår, at forsikrede ikke oplevede egentlig forværring i forbindelse med ulykkestilfældet i 2001.
- Statusattest af 4. december 2002 fra læge ... Det fremgår, at forsikrede har lænderygsmerter gennem mange år.
- Brev af 6. februar 2003 fra ... Forbund.  
Det fremgår af brevet, at forsikrede i 1978 fik de første alvorlige problemer med ryggen, hvorfor han ophørte med fiskeri.
- Efter at have forsøgt sig med erhvervet igen i 1987, måtte forsikrede på ny ophøre som fisker i slutningen af 1988, idet ryggen ikke længere kunne holde til det hårde fysiske arbejde.

Disse oplysninger, der i henhold til vores antagelsesregler medfører, [at] en rygklausul ville være fremkommet allerede ved tegning af forsikringen, hvis [klageren] havde afgivet de korrekte helbredsoplysninger.

Der er således afgivet objektivt urigtige oplysninger ved tegningen af forsikringen, hvis afgivelse som tidligere nævnt som minimum må tilregnes [klageren] som uagtsom.

Vi skal i den forbindelse henvise til retspraksis på området, senest til Højesterets dom af 14. november 2005 (sag 151/2000), som er den fjerde Højesteretsdom i træk, der tager stilling til konsekvenserne af, at der objektivt set er givet urigtige helbredsoplysninger. De 3 øvrige domme er U.2001.791 H, U.2003.1551H samt U.2004.1572H -2

...

Det fremgår af Ankenævnets kendelse, at nævnet finder det berettiget, at [klageren] har underskrevet helbredserklæring A, idet han ikke har været sygemeldt og ikke har modtaget lægeordineret behandling. Der henvises i den forbindelse til, at der i helbredserklæringen spørges til, om man er rask og arbejdsdygtig.

I henhold til tidligere punkt skal vi først og fremmest understrege, at det er dokumenteret, at [klageren] før tegning har modtaget lægeordineret behandling for sine ryggener.

Dernæst skal pointeres, at 'rask og arbejdsdygtig' kun er ét af 3 af hinanden uafhængige udsagn om helbredstilstanden i helbredserklæring A, hvor den forsikringssøgende skal skrive under på, at

- 'Jeg er fuldstændig rask og arbejdsdygtig.'
- 'Jeg indenfor de seneste 10 år ikke har lidt af og ikke har været undersøgt eller behandlet for andre lidelser end almindelig forkølelse og influenza, og at jeg ikke har været indlagt på sygehus eller lignende.'
- 'Jeg i øjeblikket ikke bruger og ikke tidligere gennem længere tid (mere end en måned) har brugt lægemidler ordineret af læge eller anden behandler.'

Kan bare ét af udsagnene vedrørende helbredet ikke underskrives, skal helbredserklæring B udfyldes med nærmere oplysning om årsagen hertil.

Udover at tage stilling til ovenstående udsagn, bekræfter den forsikrede også med sin underskrift, at 'Ovenstående oplysninger er i overensstemmelse med sandheden'.

Konsekvensen af at afgive urigtige oplysninger fremgår ligeledes direkte af helbredserklæring A, hvori det anføres, at: 'Jeg er klar over, at forsikringen ifølge Forsikringsaftaleloven kan nedsættes eller ophæves, hvis det oplyste ikke er fuldt sandfærdigt.'

Hertil kommer, at det af den tidligere omtalte brochure 'Helbredsoplysninger' fremgår, at:

- 'Har du mindre godt helbred f.eks. på grund af en ryglidelse eller dårligt hjerte, er din risiko for at blive invalid eller dø højere end normalt.'
- 'Du skal være særligt opmærksom på ryglidelser...'
- 'For en sikkerheds skyld skal du nævne alle de forhold du kan komme i tanke om, også selvom du tror, at de ikke har betydning for din forsikring det er dig og dig alene der har ansvaret for, at alle spørgsmål er besvaret korrekt og fyldestgørende.'
- Endelig fremgår af brochuren, at det er meget vigtigt at oplyse om nuværende sygdomme og om tidligere sygdomme."

Herefter tilskrev ankenævnets sekretariat den 5/1 2006 klagerens advokat med kopi til selskabet som følger:

"I forbindelse med anfægtelsen af ovennævnte sag har selskabet bl.a. anført, at ankenævnet ved afgørelsen har overset, at Deres klient har konsulteret læge inden for 10 år før tegningen af forsikring - nemlig den 17/1 1991, jf. vedlagte kopi af bilag 20 i sagen.

Det er desværre rigtigt, at nævnet har overset dette.

Jeg har drøftet indholdet af selskabets brev med nævnets formand ...

Formanden beklager meget, at vi har overset konsultationen 9 år før tegningen af forsikringen. Selv om formanden erkender, at nævnets afgørelse som følge heraf er svækket, finder formanden det ikke for givet, at udfaldet af sagen var blevet et andet, hvis nævnet havde været opmærksom på konsultationen. Eksempelvis vedstår formanden sig stadig tredje afsnit i præmisserne.

Vi går ud fra, at De selv drøfter muligheder for et gunstigt resultat ved domstolene med Deres klient."

Klageren indbragte herefter sagen for Retten i Lyngby.

Under sagen blev der afgivet parts- og vindeforklaring af klageren og en jurist og en læge fra selskabet.

Klageren forklarede bl.a.:

"..., at han er 58 år. Han gik i skole i 7 år og har ingen faglig uddannelse. De andre, der arbejdede på ..., fik af formanden at vide, at de skulle udfylde nogle forsikringspapirer, og skulle oplyse, hvis de havde haft nogen sygdomme. På grund af ordblindhed kunne han ikke selv læse skemaet. Det blev understreget, at man skulle være opmærksom på, hvis man fejlede noget og havde livstruende sygdomme. Han betragtede ikke det hold, han havde haft i lænden, som sygdom. Der blev overfor ham ikke nævnt noget om antabus og beroligende

medicin. Han havde på det tidspunkt ingen rygproblemer og følte sig rask.

Han blev undersøgt af overlæge ... der skulle afgive en erklæring til Arbejds-skadestyrelsen. Overlægen spurgte ham, om han havde ondt i ryggen, og han sagde, at det kunne alle have en gang imellem, og at han tog håndkøbsmedicin, hvis han fik smerter.

Han havde ikke problemer med ryggen, før tegningen af forsikringen, bortset fra lændeholdet i 1991. Han fik da en blokade, og var på arbejde på ny dagen efter. Problemet havde skyldtes et tungt løft.

Han kørte i oktober 2001 bil i Tyskland, og blev påkørt bagfra, mens han holdt for rødt. Hans bil blev totalskadet ved påkørslen. Han fik efter en uges tid mange ryggene og gik til læge, der konstaterede, at han havde slidgigt i ryggen. Han arbejdede som graver, hvilket er et hårdt fysisk arbejde. Han kunne ikke længere holde til arbejdet og blev sygemeldt. Han fik herefter et flexjob. Det var ikke på tale, at han skulle prøve et andet arbejde, da han var for gammel, og ikke kunne læse på grund af sin ordblindhed. Han startede med 20 timer ugentlig, men kunne ikke holde til det, og fik arbejdstiden nedsat til 15 timer. Han fik kun lettere arbejde, og han kunne passe det, som han ville. Hans arbejdstid er i dag 15 timer.

...

På grund af sin ordblindhed læser han kun avis med besvær, og han skal stave sig igennem den. De papirer, der er udfyldt, er udfyldt af hans arbejdsplads. Hans hustru har udfyldt sagens bilag L, ansøgningen til sagsøgte ved erhvervsevnetab. Det har enten været hans arbejdsplads eller hans hustru der har fortalt ham, hvad der stod i de fremsendte papirer eller skemaer.”

Selskabets jurist forklarede bl.a.:

”Hvis der ved forsikringens tegning alene havde været oplyst et lænderyghold, der lå 9 år tilbage, er det muligt, at man havde tegnet en forsikring uden klausul, men andre forhold, som skulle have været oplyst i rygskemaet, herunder andragerens erhverv, smerter og indtagelse af håndkøbsmedicin, ville sammen med oplysning om lænderygholdet have medført klausulen.

Der var ingen tvivl om, at der skulle gives en rygklausul, da sagen blev forelagt med de fulde oplysninger. Det hele startede med, at sagsøger i ansøgnings-skemaet, bilag L, oplyste, at han havde haft symptomer på ryglidelser siden 1988. Man vurderer på grundlag af symptomer, og det var denne oplysning, der gav anledning til, at man revurderede sagen og indhentede de oplysninger, man kunne få, som er fast praksis i anfægtelsessager.”

Selskabets læge forklarede bl.a.:

”Når man skal vurdere en antagelse, er det ikke afgørende, om personen har været til læge én eller flere gange. Mennesker har forskellige sygdomstærskler og reagerer forskelligt på givne symptomer. En oplysning om et lændehold og efterfølgende indtagelse af smertestillende medicin, ville have medført, at man indhentede yderligere oplysninger, og man ville have koblet disse oplysninger med karakteren af den pågældendes erhverv.

Et hold i ryggen kan være tegn på et alvorligere problem. Man ser derfor med alvor på selv et enkeltstående hold i ryggen, hvis man har et rygbelastende arbejde.

Det trafikuheld, som sagsøger har været ude for, har formentlig ikke været symptomudløsende for smerter i ryggen. Der sker ved et uheld af den karakter oftest skader i den øverste del af rygsøjlen og ikke i lænderygsøjlen, der er bedre beskyttet af muskler, ligesom der i denne del af rygsøjlen ikke sker så store bevægelsesudsving.

Hvis man er nødt til at tage smertestillende medicin i form af håndkøbsmedicin for at klare rygsmerter, er det udtryk for, at man har et rygproblem.

Han har ikke deltaget i vurderingen af, om der skulle ske klausulering i denne sag. Han er imidlertid enig i den skete klausulering. Sagsøger lider af slidgigt i ryggen, og hovedårsagen hertil er en belastning, typisk en arbejdsbelastning. Sagsøger har haft tungt arbejde, både som fisker og som graver.”

Retten udtalte i dom af 2/7 2007 (BS 03-2-545/2006):

”Ved underskrivelsen af helbredserklæring A den 11. juli 2000 undlod sagsøgeren at oplyse, at han havde fået ordineret antabus og beroligende medicin, og at han var undersøgt og behandlet for dårlig ryg til trods for, at det af den udleverede vejledning fremgår, at han skulle være særlig opmærksom på netop disse tre forhold. Sagsøger var bekendt med de forhold, hvorom der blev afgivet urigtige oplysninger, og han har handlet uagtsomt ved at undlade oplysningerne.

Det må efter vidnet ... [juristens] forklaring lægges til grund, at korrekt oplysning om blot ét af de tre nævnte forhold ville have medført, at selskabet havde indhentet yderligere oplysninger, og at alle de forhold, der i dag foreligger oplyst i sagen, ville være kommet frem. Det må endvidere læges til grund, at oplysningen om konsultationen for et lænderyghold i 1991 sammenholdt med de oplysninger om rygproblemer, som sagsøgeren er fremkommet med i anden sammenhæng, og sammenholdt med sagsøgerens erhverv, ville have medført, at sagsøgte ved tegningen af forsikringen havde påført denne en klausul vedrørende ryglidelse.

Sagsøgte findes på denne baggrund at have været berettiget til at klausulere sagsøgers pensionsforsikring som sket og til at nægte sagsøgeren præmiefritagelse, hvorfor sagsøgte frifindes for sagsøgerens påstande i sagen.”

## E. Offentliggørelse af nævnets kendelser og andre aktiviteter

I medfør af § 6, stk. 2, i nævnets vedtægter skal nævnets kendelser offentliggøres, dog uden angivelse af klagernes navne.

Nævnet offentliggør alle sine kendelser på sin hjemmeside [www.ankeforsikring.dk](http://www.ankeforsikring.dk).

Hjemmesiden er udstyret med søgefaciliteter, klagevejledning m.m. Søgefaciliteterne er forbedret, således at det er muligt at modtage afgørelser inden for selvvalgte områder. Herudover har nævnet i [nyhedsbreve](#) fremhævet kendelser, som skønnes at have særlig interesse. Endelig er visse af nævnets kendelser offentliggjort i Forsikrings- og Erstatningsretlig Domssamling.

Herudover har direktøren og souschefen holdt diverse foredrag og deltaget i undervisningen på flere moduler på Forsikringsakademiet. Endvidere har direktøren forestået undervisningen i forsikringsaftaleret på aktuarstudiet på Københavns Universitet og deltaget i forsikringsundervisningen på Århus Universitet.

København, den 28. februar 2008



Poul Sørensen  
formand

Ankenævnet for  
Forsikring

Anker Heegaards Gade 2  
1572 København V  
Tlf. 33 15 89 00