NFT 3/1997

Parternes informationspligter i forsikringsforhold samt forsikringsselskabernes rådgivningsansvar

af Advokat **Marianne Jybæk**, Codan Forsikring

Forsikringsaftalernes karakter og kompleksitet indebærer, at der må stilles store krav til såvel forsikringsgivers som forsikringstagers informationspligter i forsikringsforholdet. Allerede i markedsføringsfasen har selskaberne pligt til at give præcise informationer bl.a. om præmien. Tilsidesættelse af informationspligten i forbindelse med tegningen kan få afgørende følger, og det samme er tilfældet ved ændringer af bestående forsikringer, ved skader og ved forsikringens ophør.

1. Indledning

Det Danske Selskab for Forsikringsret afholdt den 17. April 1997 et kollokvium på KolleKolle i Værløse vedrørende ovennævnte emne. Dagens hovedtalere var:

Fuldmægtig *Birgitte Wested*, Forbrugerstyrelsen og Salgsdirektør *Lars Suhr Olsen*, Østifternes Forsikring, der belyste emnet *Forsikringsselskabernes informationspligt i forbindelse med markedsføring.*

Kontorchef *Marianne Klausen*, Danica, Underdirektør *Jesper Hjetting*, Codan Forsikring og Kontorchef *Niels Macholm*, Alm. Brand, der belyste emnet *Forsikringsselskabernes informationsforpligtelser ved forsikringsaftalens indgåelse.*

Advokat *Morten Samuelsson*, Lett & Co. og Kontorchef *Åse Kogsbøll*, Assurandør-Societetet, der belyste emnet *Forsikringsselskabernes rådgivningsansvar – gældende ret og oplæg til debat om reformer.*

Direktør *Ib Mardahl-Hansen*, Tryg-Baltica Forsikring og Kontorchef *Jens Hennild*, Dansk Industri, der belyste emnet *Forsikringstagers oplysningsforpligtelser ved forsikringstegningen.*

Direktør *Henning Jønnson*, Ankenævnet for Forsikring og Advokat *Torben Bondrup*, Plesner & Grønborg, der belyste emnet *Forsikringsselskabernes og forsikringstagernes informationspligt ved ændringer af forsikringer.*

2. Markedsføring af forsikringer

2.1. Forsikringsselskabernes informationspligt i forbindelse med markedsføring af forsikringer

2.1.1. Generelt

I forbindelse med markedsføring af forsikringer er forsikringsselskaberne underlagt markedsføringslovens § 1 (generalklausulen), hvorefter selskabernes markedsføring skal ske i overensstemmelse med god markedsføringsskik. Hvad der må anses som god markedsføringsskik og navnlig, hvad der anses for at være i strid med god markedsføringsskik er ikke et statisk begreb, men følger til stadig-

hed den almindelige udvikling i samfundet.

Forbrugerombudsmanden kan ikke kontrollere Internettet. Udenlandske forsikringsselskaber, der reklamerer på Internettet, men som i øvrigt opererer fra deres eget hjemland, er ikke omfattet af markedsføringsloven.

2.1.2. Forbrugerombudsmandens retningslinier

Forbrugerombudsmanden sætter lighedstegn mellem god markedsføringsskik og det at handle etisk Der er i disse år kommet meget fokus på virksomhedernes etik, hvilket også den finansielle sektor bør være opmærksom på.

Forbrugerombudsmanden har indenfor en række brancher taget initiativ til at udarbejde retningslinier for, hvad der er i overensstemmelse med god markedsføringsskik. For forsikringsbranchen er der gennemført retningslinier for følgende områder:

1. Autoskader. Forsikringstageren skal have mulighed for selv at betale en skade og derved undgå præmieforhøjelser.

2. Bonusprognoseretningslinierne som forbrugerombudsmanden udarbejdede i samarbejde med Finanstilsynet, se pkt. 3.3.2.

3. Finanstilsynets retningslinier for ændring af forbrugerforsikring med bl.a. problematik om negativ aftalebinding, se pkt. 6.3.

4. Forbrugerombudsmandens retningslinier for reklamering med priseksempler indenfor forbruger- og skadeforsikring.

5. Forbrugerombudsmandens retningsliner om anvendelse af forsikrings- og garantitilsagn i markedsføring.

Forbrugerstyrelsen har en hjemmeside på Internettet, hvor retningslinierne er gengivet. De er også optrykt i årbogen fra forbrugerstyrelsen.

Der er udarbejdet retningslinier om etik i realkreditinstitutter og retningslinier indenfor etik i bankrådgivningen. Det var planen, at der i samarbejde med forsikringsbranchen skulle udarbejdes tilsvarende retningslinier for forsikringsselskaber. Forsikringsbranchen trak sig imidlertid under henvisning til, at der på forsikringsområdet allerede er en betydelig lovregulering af problemerne. Dette beklagede forbrugerombudsmanden, der var uenig i, at der ikke var behov for retningslinier, men han vil dog på den anden side ikke gennemtvinge sådanne regler.

2.1.3. Forbrugerombudsmandens afgørelser

Forbrugerombudsmanden afgør løbende spørgsmål om god markedsføringsskik i relation til markedsføring af forsikringer. Følgende eksempler skal nævnes:

En kunde klagede over, at assurandøren ved kundebesøget havde lovet en rabat på 1.500 kr. ved at flytte alle kundens forsikringer, bl.a. på grund af noget samlerabat. 3 måneder senere ophørte selskabet med samlerabatordningen, hvortil kom at assurandøren havde lavet en regnefejl. Denne adfærd blev af forbrugerombudsmanden anset for at være i strid med god markedsføringsskik.

Under et kundebesøg i november/december angav assurandøren præmien. Da forsikringstageren modtog den første opkrævning i januar var præmien steget. Denne adfærd blev - ikke overraskende - anset som værende i strid med god markedsføringsskik af forbrugerombudsmanden.

Et forsikringsselskab ændrede betingelserne for autoforsikring og fastsatte præmien ud fra alder. Såfremt forsikringstageren ikke oplyste sit cpr. nr., steg præmien med 10.000 kr. Forbrugerombudsmanden anså denne konsekvens af ikke at oplyse sit cpr. nr. for værende i strid med god markedsføringsskik.

Forsikringstageren fik ikke den bonuscheck, som han mente at have krav på. Forsikringsselskabet begrundede den manglende bonuscheck med, at forsikringstageren havde været bagud med betaling af præmie. Forbrugerombudsmanden mente, at selskabet herved

havde gjort en uhjemlet ekstraordinær misligholdelsesbeføjelse gældende, og at et sådant tiltag fra selskabets side var i strid med rentelovens bestemmelser og også i strid med god markedsføringsskik..

2.1.4. Annoncering, Direkte markedsføring, TV-reklamer

Ved annoncering i dagspressen, ugeblade og tidsskrifter har forbrugeren krav på ordentlig orientering. Sammenlignende reklamer er ikke forbudt, men skal være fuldstændige, således er det ikke tilstrækkeligt at anføre hvor meget billigere selskabet er, det skal også være oplyst på hvilke andre måder, produktet adskiller sig fra det selskab, der sammenlignes med.

I henhold til den internationale kodeks for reklamepraksis, artikel 5 gælder om sammenlignende reklame:

> "Reklamer, der indeholder sammenligninger, skal udformes således, at sammenligningen som sådan ikke er egnet til at vildlede og skal være i overensstemmelse med principperne for reel konkurrence. Sammenligningspunktet skal bygge på kendsgerninger, der kan bevises og må ikke udvælges på illoyal måde"

Udsagn skal kunne dokumenteres. Et selskab lancerede sin specielle autoforsikring for kvinder med sloganet: "Piger kører bedre bil" Dette var ikke en dokumenterbar påstand og derfor i strid med god markedsføringsskik.

Et selskab forsøgte sig med direkte marketing ved at udsende et brev til unge med tilbud om en ulykkesforsikring, og såfremt modtageren sendte navne på kammerater, som måske var interesseret i at tegne en forsikring, ville den pågældende modtage en hvervegave bestående af en lektiebog. Forbrugerombudsmanden fandt fremgangsmåden i strid med god markedsføringsskik. Der findes særlige retningslinier for markedsføring overfor børn og unge i den internationale kodeks.

Også for TV-reklamer gælder markedsføringsloven naturligvis. Dertil kommer lovgivningen under kulturministeriet, Lov om Radio- og Fjernsynsvirksomhed med en tilhørende bekendtgørelse om reklamering og sponsorering i radio og fjernsyn. Udover at reklamer skal være i overensstemmelse med markedsføringsloven, skal de være lovlige, sømmelige, hæderlige, sandfærdige og social ansvarsfulde. For reklamer for børn gælder der forbud mod anvendelse af voldsscener.

Med hensyn til TV reklamer er det Radio- og TV-reklamenævnet, der tager sig af klager. Forbrugerombudsmanden har sæde i nævnet.

Af sager, der har været forelagt nævnet, kan nævnes et større dansk forsikringsselskab, der lancerede et Super-Elite-Bilist-begreb, som indebar, at præmien ikke steg, selvom der var skader, der blev betalt over policen. Hvad der imidlertid ikke blev oplyst var, at selvrisikoen var højere, og også præmien var højere end på sammenlignelige forsikringer. Nævnet fandt, at reklamen savnede en afbalanceret beskrivelse – kun de gunstige vilkår var nævnt.

Almindelige anprisninger er tilladt. I en TV-reklame anvendte forsikringsselskabet sloganet: "Her er De bedre hjulpet". Det gav anledning til en klage fra en forsikringstager, der havde fået en dårlig behandling, hvilket selskabet også var enig i. Nævnet fandt, at det anvendte slogan havde karakter af en almindelig anprisning, og klageren fik derfor ikke medhold.

2.2. Markedsføring nu – markedsføring fremover

2.2.1. Selskabernes holdning til markedsføringsloven og de deraf følgende begrænsninger

Overordnet synes det at være selskabernes holdning, at markedsføringsloven og forbrugerombudsmandens praksis ikke på afgørende vis hindrer branchens udfoldelsesmuligheder. Det kan dog være vanskeligt at fortolke lovbestemmelserne, f.eks. markedsføringslovens § 2 stk. 1 om "ikke at anvende urime-

ligt mangelfulde angivelser, som er egnet til at påvirke efterspørgsel" Det kan være vanskeligt at afgøre, hvor mange oplysninger, der skal til for, at markedsføringen ikke er urimelig mangelfuld.

Det er en meget svær balance at udforme annoncer, der har gennemslagskraft og som samtidig indeholder de informationer, som kræves.

Efter at forbrugerombudsmanden i 1992 har udsendt "Retningslinier for reklamering med priseksempler" er det en kendsgerning, at kravene til de mange oplysninger ofte gør en annonce, der indeholder et priseksempel overvældende og kompliceret, hvorved den ikke kan fænge på samme måde som reklamer med et enkelt og klart budskab.

Retningslinierne kan give anledning til fortolkningsvanskeligheder. Det skal f.eks. fremgå af annoncen, såfremt priseksemplet ikke er repræsentativt for selskabets priser i øvrigt. Skal det forstås objektivt, sådan at priseksemplet skal være baseret på selskabets aktuelle gennemsnitlige kunde? Eller skal prisen blot være repræsentativ overfor den kundegruppe, selskabet med annoncen ønsker at henvende sig til?

Ifølge markedsføringslovens § 6 må der ikke i tillæg til ydelsen gives ting eller ydelser, som der ikke betales for. Begrebet kaldes ulovlig tilgift. Bestemmelsen giver også forsikringsbranchen fortolkningsvanskeligheder. Er en policemappe, en røgalarm, et eleftersyn, en tyverialarm en ulovlig tilgift? Det kan oplyses, at der i Folketinget er fremsat lovforslag om afskaffelse af bestemmelsen, hvorefter problemet bortfalder.

2.2.2. Reklamemedierne

Det valgte reklamemedie vil som udgangspunkt være afgørende for mængden af information om produktet, som det i paksis er muligt at videregive. TV-reklamer indeholder som regel den laveste detaljeringsgrad. En annonce levner som udgangspunkt plads til lidt mere information. Den højeste detaljeringsgrad fandtes sikkert tidligere i brochurer, men brochurer er givetvis overhalet af Internettet, hvor den enkelte bruger kan klikke sig ind på de informationer, den pågældende bruger helt præcist har brug for.

TV-reklamer har overtaget en betydelig del af i hvert fald de store selskabers reklamebudget. Økonomien tilsiger automatisk, at det skal være meget korte indslag. Derved bliver disse reklamer yderst summariske og overfladiske.

Overordnet kan det konkluderes, at første halvdel af 90'erne i Danmark har været præget af TV-reklamens fremmarch. Meget tyder på at anden halvdel vil stå i Internettets tegn. Det må således forventes, at selskaberne vil anvende Internettet som salgskanal. Allerede nu har flere selskaber udviklet programmer til Internettet. Et par selskaber har udviklet dialogorienterede skærmbilleder, hvor brugeren kan få beregnet et tilbud og bestille forsikringer.

Internettet gør det muligt at give alle de informationer, som den enkelte bruger/køber ønsker. Såvel den "grundige" som den mere "overfladiske" kan få sine ønsker opfyldt. Internettet og TV-reklamen vil formentlig supplere hinanden. TV-reklamen skal skabe opmærksomheden, hvorefter den interesserede kan gå til PC'en og via Internettet få de informationer, den enkelte ønsker.

I 1996 har 23 % af alle danskere prøvet at "surfe" på Internettet. I år 2000 forventes det, at 2 mio. danskere vil være tilsluttet Internettet. Der er derfor ingen tvivl om, at Internettet vil komme til at overtage en betydelig del af mediebilledet. Man kan forestille sig, at kundens opmærksomhed fanges via en TV-spot med en henvisning til, hvor nærmere informationer kan findes på Internettet.

3. Forsikringsselskabernes informationsforpligtelser ved forsikringsaftalens indgåelse

I det følgende vil der blive redegjort for forsikringsselskabernes oplysningsforpligtelser, når det drejer sig om private forsikring i modsætning til erhvervslivets forsikringer.

3.1. Livsforsikringer

3.1.1. Lovbestemte oplysningsforpligtelser

Informationspligten for livsforsikringer fremgår af Lov om forsikringsvirksomhed (LOF) § 256a samt af den tilhørende "Bekendtgørelse om information fra forsikringsselskabet ved indgåelse af en livsforsikringsaftale", bkg. nr. 609 af 14. Juni 1995. Der er tale om implementering af EU-ret, nemlig 3. Livsforsikringsdirektiv.

I LOF § 256a er det overordnet bestemt, at forsikringsselskabet inden en livsforsikringsaftale indgås og under hele aftalens løbetid skal forelægge forsikringstageren sådanne oplysninger om forsikringsforholdet, at forsikringstageren gives *tilstrækkelige oplysninger til forståelse af væsentlige elementer i forsikringen*. I den ovenfor nævnte bekendtgørelse §§ 3 og 4 er det detailjeret anført hvilke oplysninger, der er tale om. Her skal nævnes forhold som forsikringens løbetid, betingelser for indbetaling af præmien samt årrækken, generelle angivelser vedrørende bonusreglerne, betingelser for opsigelse af forsikringen, generelle angivelser af reglerne for beregning af tilbagekøbsværdi og fripoliceværdi o.s.v.

På grund af informationspligtens betydelige omfang har nogle selskaber valgt at give oplysningerne skriftligt i forbindelse med fremsendelse af selskabets tilbud til den forsikringssøgende. Alternativt kan den forsikringssøgende i begæringen give afkald på at modtage dele af informationerne, inden aftalen indgås mod at modtage oplysningerne sammen med police og forsikringsbetingelser.

3.1.2. Rådgivning vedrørende forsikringsbehov

Der er ikke fra lovgivers side eller i forsikringsbranchen fastsat regler for i hvilket omfang selskabet i tegningssituationen er forpligtet til at afdække og analysere den forsikringssøgendes behov set i forhold til den pågældendes økonomiske situation. Den manglende regulering på dette område kunne hænge sammen med, at livs- og personforsikringer er summaforsikringer. Der kan derfor ikke opstå de klassiske spørgsmål om under/overforsikring eller dobbeltforsikring. Hertil kommer, at det på livområdet i modsætning til skadeområdet vil være umuligt at fastlægge en objektiv rigtig dækning.. Dækningen på person- og livområdet vil som udgangspunkt altid være bestemt af subjektive ønsker og forudsætninger. Livsforsikringsdækningen vil også typisk være et kompromis mellem den forsikringssøgendes ønsker og økonomiske formåen.

På bank- og værdipapirområdet er der imidlertid regler om rådgivning, selvom der også på disse områder "mangler objektivitet".

I Norge og Sverige er der ved revisionen af de pågældende landes forsikringsaftalelove i henholdsvis 1989 og 1994 indsat bestemmelser, hvorved forsikringsselskaberne pålægges at rådgive om dækningen af de foreliggende forsikringsbehov.

Uanset den manglende regulering må det dog antages, at forsikringsselskaberne har en pligt til at rådgive. Denne pligt må antages at øges i takt med omfanget og kompleksiteten af det forsikringsbehov og de produkter, der er på tale. Selskaber, der markedsfører sig med et stort antal veluddannede assurandører og som i sin markedsføring angiver at kunne løse ethvert behov med personlige løsninger, vil i højere grad kunne ifalde et ansvar end selskaber, der sælger rejseulykkesforsikringer igennem en automat i lufthavnen.

Selskaberne søger i dag at gardere sig mod et sådant ansvar ved at udarbejde salgsværktøjer, som på papiret eller PC. leder kunden

igennem alle relevante områder, sådan at selskabet kan vurdere forsikringsbehovet på baggrund af oplysninger om kundens økonomiske stilling, erfaringer og målsætning samt forhold i øvrigt, som er relevante for forsikringsbehovet.

3.2. Personforsikringer, der er skadeforsikringer (f.eks. ulykkesforsikringer)

Informationspligten for skadeforsikringer fremgår af LOF § 256, der i princippet er udtømmende. Det er igen EU-retten, der har bestemt indholdet, nemlig 3. skadeforsikringsdirektiv. Endvidere regulerer "Bekendtgørelse om livsforsikringsselskabers syge- og ulykkesforsikringsvirksomhed", bkg. nr. 962 af 12. December 1995 selskabernes informationspligt i relation til denne type skadeforsikring.

Ifølge LOF § 256 og bekendtgørelsens § 6 skal et forsikringsselskab, såfremt forsikringstageren er en *fysisk* person, inden aftalen indgås, oplyse om følgende:

1. Det lands lovgivning, der skal gælde for aftalen.
2. Oplysninger vedrørende behandling af klager, herunder klageinstans
3. Tydelig information vedrørende forskellen i de tilsynsregler, der gælder for livsforsikringsselskaber og skadeforsikringsselskaber.

3.3. Informationsforpligtelser gældende for såvel livsforsikringer som personskadeforsikringer, der er skadeforsikringer

3.3.1. Urigtige oplysninger

For begge typer forsikringer gælder, at forsikringsselskabet skal informere om betydningen af at afgive urigtige oplysninger, jfr. FAL §§ 4-10. Dette gælder såvel helbredsoplysninger som andre risikooplysninger, f.eks. erhvervsoplysninger. Der skal ligeledes informeres om betydningen af ændringer af risikooplysninger, hvis dette ifølge forsikringsbetingelserne er fareforøgende, jfr. FAL § 121. Herved sikres, at forsikringstageren har den dækning, han forventer at have.

3.3.2. Bonus- og opsparingsprognoser

Indeholder et forsikringstilbud en bonus- og opsparingsprognose har forsikringsselskabet pligt til at beskrive de forudsætninger, som prognoserne er baseret på. Der skal oplyses om inflation, markedsrente, realrenteafgiftssats, kontorenter, omkostninger, risikoforudsætninger, regulering af præmie, garanteret rente og nutidskroner. Dette følger af de af en såkaldt markedsføringshenstilling fra Forbrugerombudsmanden: "Retningslinier for afgivelse af bonusprognoser for pensionsopsparing i livsforsikringsselskaber og pengeinstitutter (Forbrugerombudsmanden 1990)", se også pkt. 2.1.2.

3.3.3. Skat

Det fremgår af informationsbekendtgørelsen, at forsikringsselskabet, inden forsikringsaftalen indgås, skal give den forsikringssøgende generelle angivelser vedrørende den skatteordning, der gælder for den pågældende forsikring. Det er således ikke de konkrete skattemæssige konsekvenser for den enkelte forsikringssøgende, der skal rådgives om.

Skat har tidligere indtaget en betydelig plads i markedsføringen af forsikringer på grund af fradragsretten. De fleste selskaber har dog i dag flyttet fokus fra det rent skatteorienterede til sikring og rådgivning.

3.3.4. Dørsalgsloven (Lov om visse forbrugeraftaler)

Er den pågældende forsikring solgt på en sådan måde, at salget er omfattet af dørsalgsloven, har den forsikringssøgende en fortrydelsesret på 14 dage. Forsikringsselskabet har pligt til at informere om fortrydelsesretten senest samtidig med udlevering af forsikringsbe-

tingelserne. Informeres køberen ikke om fortrydelsesretten, er aftalen ikke bindende for køberen.

3.4. Ankenævnspraksis

AK 18.324. (Ulykkesforsikring) En 75-årig person havde tegnet en afbestillingsforsikring ved bestilling af en flybillet. Da forsikringstageren blev syg, afkrævede han forsikringsselskabet afbestillingsgebyret. Forsikringsselskabet ville imidlertid ikke betale, da det af vilkårene fremgik, at personer over 75 år ikke kunne få erstatning for afbestillingsgebyrer. Ankenævnet fandt – ikke overraskende – at klageren havde krav på erstatning, da klageren burde være blevet gjort bekendt med vilkåret

Kendelsen kan tages som udtryk for, at selskaberne som et minimum skal informere om, hvorvidt den enkelte forsikring overhovedet har værdi for forsikringstageren.

AK 28.827 (Ulykkesforsikring) Forsikringstageren klagede over, at selskabet ikke havde orienteret om en tillægsdækning til en ulykkesforsikring. Tillægsdækningen dækkede sygdomstilfælde, som der ikke var konkret behov for ved indtegningen. Ankenævnet fandt ikke, at forsikringsselskabet havde pligt til en sådan information.

3.5. Forsikringsselskabers informationsforpligtelser ved egentlige skadeforsikringer

3.5.1. Generelt

Ved egentlige skadeforsikringer forstås en forsikring, hvor forsikrerens forpligtelse går ud på at erstatte et formuetab, som den sikrede lider ved en uvis begivenhed.

I forsikringsaftaleloven er der ikke bestemmelser vedrørende forsikringsselskabernes informationsforpligtelser i forbindelse med tegning af egentlige skadeforsikringer. Overordnet er generalklausulen i LOF § 7 gældende, hvorefter forsikringsvirksomhed skal drives i overensstemmelse med redelig forsikringsskik og god forsikringspraksis. Også for denne bestemmelse gælder, at indholdet tilpasses til den til enhver tid gældende praksis og opfattelse i samfundet.

3.5.2. Erhvervelse af fast ejendom

Efter Lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom kan en sælger frigøres for ansvar, såfremt der udarbejdes en tilstandsrapport og denne sammen med et forsikringstilbud afleveres til køberen. Ifølge lovens § 5 skal tilbuddet være skriftligt og indeholde de vilkår, hvorpå forsikringen kan tegnes. Det er usædvanligt for forbrugerforsikringer, at forsikringsbetingelserne vedlægges i forbindelse med afgivelse af tilbuddet. Sædvanligvis fremsendes forsikringsbetingelserne først sammen med policen, når aftalen er indgået.

Det fremgår af lovens § 5 stk. 3, at justitsministeren kan fastsætte regler for dækningsomfanget af en sådan forsikring – en bemyndigelse der dog endnu ikke er udnyttet.

3.5.3. Rets- og ankenævnspraksis

AK 28.136 Forsikringstageren havde erhvervet en ejendom på tvangsauktion og meddelt selskabet, at den straks skulle sættes til salg. Ved et indbrud blev der stjålet hårde hvidevarer. Selskabet ville ikke dække, da huset havde stået ubeboet. Ankenævnet fandt, at selskabet burde have orienteret om en udvidet dækning, og forsikringstageren opnåede at blive stillet, som om en sådan udvidet dækning var tegnet.

I Vestre landsrets dom af 19. Maj 1994 var forsikringstageren en maskinstation og forholdet det, at der for en fejemaskine alene var tegnet en ansvarsforsikring og ikke en brandforsikring. Efter at fejemaskinen var brændt, anlagde maskinstationen sag mod forsikringsselskabet og gjorde gældende, at der var begået en fejl fra selskabets side ved ikke at have anbefalet en brandforsikring. Landsretten lagde til grund, at der var ydet forsikringstageren den fornødne vejledning om behovet

for enten at tegne brandforsikring eller kaskoforsikring for den pågældende maskine, og at forsikringstageren derfor havde haft det fornødne grundlag at træffe sit valg på.

Selv i tilfælde hvor det ligger fast, at forsikringsselskabet ved indtegningen ikke har givet den fornødne vejledning om dækningsomfanget, har forsikringstageren ikke et ubetinget krav på at blive stillet som om forsikringsdækningen var som forudsat af forsikringstageren. Som illustration kan nævnes Østre Landsrets dom trykt i UfR 1984.867 ØLD. Sagen vedrørte en kollektiv erhvervs- og produktansvarsforsikring for forhandlere af såsæd alene omfattende detailsalg i modsætning til engrossalg. Forsikringstageren, der både solgte engros og en detail, pådrog sig et ansvar, der kunne henføres til engrossalg. Det blev under sagen lagt til grund af landsretten, at der var afgivet oplysninger af forsikringskonsulenten, der kunne misforstås, således at forsikringstageren med rette kunne have troet at forsikringen også omfattede engrossalg. Da det imidlertid tydelig fremgik af policens forside, at den kun omfattede detailsalg, ligesom det fremgik af betingelserne, at en skade som den skete var undtaget, kunne forsikringen ikke, trods forsikringskonsulentens udtalelser, anses for udvidet med dækning af engrossalg.

Generelt om praksis kan det konkluderes, at forsikringsselskaberne har pligt til at tilvejebringe en informationsmængde, der sikrer, at forsikringstageren får en ydelse, der svarer til den ydelse, en gennemsnitlig forsikringstager ville have fået. Er det således åbenbart, at forsikringstageren på grund af særlige forhold vil være undtaget fra dækning for væsentlige områder af forsikringens normale omfang, da har forsikringsselskabet en forpligtelse til at oplyse og vejlede herom. Det samme gælder, hvis det er åbenbart for selskabet, at forsikringstageren har et særligt dækningsbehov, og dette behov kan afdækkes af selskabet.

3.6. Regler og praksis for forsikringsselskabernes vejledningspligt ved afgivelse af risikooplysninger

3.6.1. Personforsikringer

Der har ikke mindst fra forbrugerside jævnligt været rejst kritik af, at den forsikringssøgende ofte udfylder helbredserklæringen uden at have kendskab til de vidtgående konsekvenser, det kan få, såfremt helbredserklæringen ikke udfyldes korrekt eller oplysningerne ikke er fuldstændige, jfr. ovenfor under pkt. 3.3.1. Dette gav stødet til et udvalgsarbejde i Assurandør-Societetet, der i december 1995 førte til udarbejdelse af en assurandørvejledning. Der er tale om en branchehenstilling vedrørende udfyldelse af helbredserklæringer.

Vejledningen indskærper assurandøren vigtigheden af, at assurandøren overfor kunden betoner betydningen af en fuldstændig og rigtig udfyldelse af helbredserklæringen. Assurandøren pålægges at instruere om, at assurandøren ikke behøver at være til stede under udfyldelsen, og at kunden eventuelt kan opsøge egen læge, hvis han er i tvivl om noget. Vejledningen indeholder en redegørelse for, hvad der forstås ved *god tro* og *ond tro*, som assurandøren kan gengive overfor kunden.

Assurandørvejledningen må nok anses for at være blevet en branchestandard for hvilke forholdsregler, der bør træffes i forbindelse med udfyldelse af helbredserklæringer. Manglende instruktion om vejledningen og manglende efterlevelse af denne fra assurandørens side er måske nok ikke isoleret ansvarspådragende, men vil formentlig kunne være et lod i vægtskålen ved afgørelsen af en sag om urigtige helbredsoplysninger.

3.6.2. Skadeforsikringer

Typisk vil der ikke i forbindelse med tegning af skadeforsikringer fra selskabets side blive orienteret om, hvad konsekvensen af urigtige oplysninger er. For autoforsikringer er assu-

randøren dog ofte indskærpet at oplyse kunden om, at den registrerede bruger af bilen også skal være den egentlige bruger. Da præmien er afhængig af brugerens alder og køn, kan det være fristende at angive en person, der ud fra disse kriterier medfører en lavere præmie. Såfremt selskabet i et konkret tilfælde fatter mistanke om, at den opgivne bruger ikke er den egentlige bruger, vil policen ofte blive påført en klausul, der angiver, at erstatningen kan nedsættes eller bortfalde, såfremt den egentlige bruger er en anden end den registrerede bruger.

3.7. Praktiske tiltag til at forbedre informationsniveauet

Selskaberne bør være opmærksom på, at ord og vendinger i "forsikringssprog" kan have en betydning, der adskiller sig fra den gængse betydning af ordet eller vendingen. Det klassiske eksempel er begrebet tyveri. For de fleste almindelige forbrugere er et tyveri et tyveri, men i forsikringsverden skelnes der skarpt mellem *simpelt tyveri ,ran* og *indbrud*. Denne forskellige forståelse af ord kan give anledning til misforståelser og skuffede forventninger hos kunden.

En række selskaber har allerede ansat sprogkonsulenter, der har ydet deres til at højne kvaliteten af det skriftlige materiale. Det skrevne sprog er imidlertid ikke altid nok. Det kunne overvejes at prøve at visualisere nogle af de informationer, som kunden skal have.

4. Forsikringsselskabernes rådgivningsansvar

4.1. Hvad er rådgivning i relation til et egentlig rådgiveransvar?

Oprindeligt har det været således, at man ved rådgivere primært forstod uafhængige rådgivere som eksempelvis advokater, revisorer og forsikringsmæglere, der havde det væsentlige element til fælles, at de var *uafhængige*. Bankerne har imidlertid været med til at forplumre begrebet rådgivere ved at indføre begrebet bankrådgiver. En bankrådgiver er imidlertid ikke en uvildig rådgiver, fordi banken har et produkt, den gerne vil sælge. Det "bankrådgiveren " yder burde rettere betegnes som salgsinformation om de produkter, banken sælger. Det samme gør sig gældende for forsikringsselskaber. Selskabet informerer om de produkter, som selskabet sælger, og der er derfor ikke tale om rådgivning, som defineret ovenfor, men salgsinformation.

4.2. Gældende ret

Det vil blive beskrevet nedenfor hvilket ansvar et forsikringsselskab kan ifalde, når der bliver sagt noget forkert eller gjort noget forkert i forhold til en forsikringstager, der tegner en forsikring eller anmelder en skade eller i det hele taget overvejer, hvad der skal ske med den pågældendes forsikringer.

Udgangspunktet for forsikringsselskabers pligter ved indtegning af en forsikring er, at selskabet skal give en redelig og ordentlig information om det produkt, selskabet sælger. Anprisninger er tilladt også for så vidt angår forsikringer.

Praksis, som den kommer til udtryk i Ankenævnet for Forsikring og ved domstolene, viser imidlertid, at der stilles skærpede krav til den salgsinformation, selskaberne yder. Et forsikringsprodukt er så kompliceret et produkt, at det ikke kan sidestilles med køb af en brugt bil eller et fjernsyn i Fona. Dette er baggrunden for, at der stilles større krav til et forsikringsselskab end til den gængse detailhandel, når det gælder salgsinformation.

4.2.1. Hvad er virkningen af den mangelfulde/forkerte information?

Specielt i de sager, hvor kunden gør et ansvar gældende mod selskabet, fordi kunden ikke har modtaget rådgivning om en udvidet dækning, som kunne tegnes mod en eller anden

merpræmie, opstår der et spørgsmål om kausalitet. I skadesituationen vil kunden naturligvis gøre gældende, at han ville have tegnet den udvidede dækning, såfremt selskabet havde rådgivet om muligheden herfor. Men hvem har bevisbyrden herfor? Skal det vurderes ud fra en bonus pater forsikringstager, en ekstrem risiko-adverse forsikringstager, eller skal det ske ud fra en konkret vurdering af den pågældende, nu skadelidte, forsikringstager?

Retligt synes der at være tre mulige virkninger af, at forsikringsselskabet har handlet ansvarspådragende overfor forsikringstageren. Forsikringstageren kan opnå naturalopfyldelse, forsikringstageren kan hæve og som den tredje, forsikringstageren kan kræve erstatning.

4.2.1.1. Naturalopfyldelse

Såfremt forsikringstageren har haft en berettiget forventning om forsikringsdækningens omfang, som når skaden sker viser sig at være en fejlopfattelse, har domstolene altid den mulighed at fortolke aftalen ud fra samtlige de foreliggende data i sagen og ikke nødvendigvis holde sig snævert til ordlyden i forsikringsbetingelserne. Hvis f.eks. forsikringsselskabets brochurematerialе lover en dækning, som er udvidet i forhold til betingelserne, vil det være et element som kunne påvirke afgørelsen. Hvis det er åbenbart, at assurandøren overfor kunden har beskrevet dækningen som værende bredere, end betingelserne tilsiger, vil det også være et element, som kunne påvirke afgørelsen.

I praksis har domstolene benyttet sig af muligheden for naturalopfyldelse. Dette kan illustreres ved en dom fra 1984, som drejede sig om en anlægsgartner, der havde tegnet forsikring for sine planter. Forsikringen blev tegnet telefonisk, og anlægsgartneren var af den opfattelse, at forsikringen dækkede stiklinger og ungplanter. Da skaden indtraf, viste det sig, at forsikringen i henhold til ordlyden i policen kun dækkede moderplanter. Da retten anså det for bevist, at der i telefonen fra forsikringsselskabets side havde forekommet ytringer, der gav forsikringstageren rimelig grund til at mene, at det ikke kun var moderplanter, der var dækket, gav retten medhold i, at også stiklinger og ungplanter var omfattet af forsikringen.

Forsikringsselskaber er – ikke overraskende - ansvarlige for ekspeditionsfejl. I en sag fra 50'erne var forholdet det, at forsikringstageren havde bedt sin assurandør om at forhøje en persondækning. Assurandøren sørgede ikke for at videresende andragendet til hovedkontoret, og forhøjelsen blev derfor ikke etableret. Selskabet blev dømt til at betale, som om forhøjelsen var etableret.

4.2.1.2. Ophævelse

Ophævelse af forsikringsaftalen er en relevant virkning i de tilfælde, hvor forsikringstageren har tegnet en forsikring, som den pågældende ikke har brug for. Forsikringstageren har ved ophævelse krav på et få den erlagte præmie retur.

4.2.1.3. Erstatning

De tilfælde, hvor erstatning er en relevant virkning, udgør et mere broget billede. Som anført ovenfor har praksis fastslået, at der gælder en udvidet informationspligt for forsikringsselskaber sammenlignet med sælgere af f.eks. brugtbiler, fjernsyn etc.

Det kan således ikke anses for værende i overensstemmelse med god forsikringsskik, at selskabet overtaler en kunde til at opsige en dækning, som ikke kan genetableres noget sted. Dette kan efter omstændighederne være erstatningspådragende for selskabet.

Erstatning kan også komme på tale i relation til ajourføring og ændring af en eksisterende dækning. Der er i teorien uenighed om forsikringsselskabets forpligtelser i så henseende. En fløj har været af den opfattelse, at der gælder særdeles udvidede forpligtelser for selskabet til at sørge for, at de enkelte

forsikringstagere har den rigtige dækning ud fra de aktuelle forhold. Den anden fløj mener, at det er op til forsikringstageren selv at ajourføre sine forsikringer ud fra den betragtning, at kunden selv bedst ved, hvad han har brug for.

Begge opfattelser synes at være for kategoriske og unuancerede. Hvis et forsikringsselskab har en stor bestand af, hvad man kan betegne som "gamle produkter", der er overhalet af et nyt produkt, som er blevet almindeligt i markedet og som har en udvidet dækning, ville det være rimeligt, at selskabet blev pålagt en pligt til at orientere om det nye produkt og give forsikringstagerne mulighed for at omtegne til den udvidede dækning.

4.2.1.4. Forskelle naturalopfyldelse ctr. erstatning

Hvis der eksempelvis er tegnet en forsikring, hvor selskabet i skadesituationen gør gældende, at forsikringsselskabet ikke har fået en bestemt oplysning fra forsikringstageren, og at denne bestemte information ville have betydet, at forsikringstageren nok kunne have tegnet forsikringen, men til forhøjet præmie, er det ikke helt ligegyldigt, om der pålægges forsikringsselskabet natural-opfyldelse eller en erstatningspligt. Hvis rettens resultat er baseret på det aftalemæssige, indebærer det, at kunden får den dækning, han troede, han havde til den aftalte præmie. Hvis rettens resultat opnås i kraft af et erstatningsansvar, må den almindelige beregning af tabet anvendes. Kunden opnår den dækning han forventede, men med fradrag af den tillægspræmie, som han har sparet.

4.2.2. Tegning via Internettet

Tegning af forsikringer via Internettet kan afstedkomme nye sager, hvor der er risiko for at pålægge forsikringsselskaberne ansvar. En hjemmeside på Internettet kan ikke sammenlignes med en brochure. En brochure kan være forældet, men alle har en (berettiget) forventning om, at forsikringsselskabets oplysninger over Internettet er ajourført til mindste detalje.. Der vil givet, når tegning via Internettet for alvor bliver udbredt, opstå sager, fordi selskabet har glemt at ajourføre sin hjemmeside.

4.3. Erstatning eller godtgørelse

Tendensen til at der rejses erstatningskrav er klart stigende, såfremt der et eller andet sted i systemet er begået en fejl. Kravene rejses, selvom den pågældende ikke har lidt et tab, således som dette begreb traditionelt forstås erstatningsretligt. Kravene baserer sig udelukkende på begrebet "skuffede forventninger".

Forsikringsbranchen har endnu ikke været i ilden. Det har til gengæld banksektoren, jfr. nedenfor.

Sideløbende med de verserende sager har erhvervsministeriet nedsat et udvalg, der skal undersøge ansvarsforholdene i forbindelse med finansiel rådgivning. Kommisoriet går ud på at vurdere ansvarsgrundlaget for finansiel rådgivning ydet af revisorer, pengeinstitutter, forsikringsselskaber, realkreditinstitutter, advokater, ejendomsmæglere, investeringsforeninger m.v.

Udvalget skal også vurdere i hvilket omfang der er eller bør være adgang til kompensation ved en økonomisk forrykkelse i forhold til det , den professionelle rådgiver har beregnet eller stillet i udsigt.

Det var oprindeligt meningen, at der skulle afgives en betænkning fra udvalget inden udgangen af 1996, men arbejdet viste sig at være mere omfattende end antaget, og fristen er derfor forlænget til udgangen af 1997.

4.3.1. U 96.200

Denne sag drejede sig om en bank, som ved en fejl havde oplyst for kort en løbetid på et lån. Det var overfor kunden oplyst, at lånet ville være afviklet over 6 år, men med en korrekt opgørelse med tilbagebetaling af det fulde

lånebeløb, ville de aftalte ydelser indebære, at lånet blev afviklet over 8 år. Det Pengeinstitutankenævnet skulle afgøre var, om kunden skulle betale det fulde beløb tilbage på trods af, at kunden havde haft en forventning om, at lånet kunne afvikles over 6 år.

Kunden gjorde primært gældende, at der kun skulle betales i 6 år. Subsidiært gjorde kunden gældende, at der skulle ske en regulering svarende til det tidspunkt, hvor kunden blev bekendt med fejlen.

Kunden fik medhold ved Pengeinstitutankenævnet, der lagde til grund, at kunden var i god tro, og at kunden havde haft en berettiget forventning om, at lånet med den aftalte ydelse kunne afvikles over 6 år.

Sagen blev indbragt for retten i Odense, der var enig med ankenævnet.

Sagen gik videre til Østre Landsret, der lagde mere vægt på traditionelle juridiske betragtninger, herunder navnlig, at kunden ikke havde lidt et erstatningsberettiget tab. Det forhold, at der var begået en fejl kunne ikke fritage kunden for pligten til at betale restgælden. Banken fik således fuldt medhold.

Der blev givet tredjeinstansbevilling til Højesteret, der afsagde en særdeles interessant 5-2 afgørelse.

Flertallet konstaterede i lighed med Pengeinstitutankenævnet, at kunden var i god tro og derfor havde skuffede forventninger. Men flertallet var tillige enig med landsretten i, at der i traditionel erstatningsretlig henseende ikke var lidt noget tab. Dette vejede tungest hos flertallet, som gav banken fuldt medhold. I præmisserne blev følgende betragtninger anført:

> "De forventningssynspunkter, som er anvendt af Pengeinstitutankenævnet, findes ikke at give hjemmel hverken for appellanternes principale eller deres subsidiære påstand. Behovet for eventuelt at kompensere forbrugere for skuffede forventninger som følge af fejlagtige oplysninger som de omhandlede må vurderes ud fra bredere retspolitiske synspunkter og ses i sammenhæng med, hvilke andre forbrugerbeskyttende foranstaltninger, der anvendes i den forbindelse. Sådanne foranstaltninger, herunder en eventuel hjemmel til at yde økonomisk godtgørelse må i givet fald tilvejebringes af lovgivningsmagten"

Dermed var bolden spillet over til folketinget, der dog allerede på dette tidspunkt havde nedsat det ovenfor under pkt. 4.3 nævnte udvalg, også kaldet rådgiverudvalget.

Mindretallet gik ind på en helt anden tankegang, idet de vurderede selve aftalevilkårene og konstaterede, at der er tale om uoverensstemmende aftalevilkår. Mindretallet lagde vægt på, at det var banken, der som den professionelle part havde formuleret lånedokumentet, og at såvel størrelsen af den månedlige ydelse som løbetiden havde været af væsentlig betydning for kunden. På denne baggrund fandt mindretallet, at det var banken der var nærmest til at bære risikoen for de uoverensstemmende lånevilkår, og mindretallet gav herved kunden medhold i, at der kun skulle betales i 6 år.

4.3.2. U 95.545 Ø

Denne sag vedrører også et pengeinstitut, nemlig Næstved Diskontobank, der bistod et par ved omprioriteringen af realkreditlån i parrets fælles bolig. Banken oprettede i midten af september 1992 en omprioriteringskonto, hvorpå provenuet på det nye lån blev indsat, forinden indfrielsen af de gamle lån fandt sted. Banken lavede en fejl i provenuberegningen, idet banken ikke havde medtaget terminsydelserne på de gamle kreditforeningslån, der forfaldt ultimo september 1992.

Banken havde beregnet, at der ville være et overskud på 5.229 kr. på omprioriteringskontoen, men når septemberterminerne var betalt, var kontoen i stedet negativ med ca. 21.000 kr.

Pengeinstitutankenævnet lagde til grund, at klagerne havde været berettiget til at gå ud fra, at septemberterminerne indgik i bankens provenueberegning og fandt på denne baggrund,

at banken burde betale en godtgørelse for den ulempe, der var forbundet med, at parret fejlagtigt var blevet bibragt den opfattelse, at deres økonomiske stilling var ca. 25.000 kr. bedre, end tilfældet var. Godtgørelsen blev fastsat til 10.000 kr.

Københavns Byret var enig med Pengeinstitutankenævnet, idet retten fandt, at banken ved sin rådgivning af parret havde bibragt dem den fejlagtige opfattelse, at terminsydelserne vedrørende det gamle lån blev betalt over omprioritetsprovenuet, og at parret havde handlet i tillid hertil. Det fremgår indirekte af dommen, at byretten ikke mente, at der var noget økonomisk tab. Byretten begrundede sin afgørelse, således:

> Under de foreliggende omstændigheder findes det rimeligt og stemmende med almindelige retsgrundsætninger, at tillægge sagsøgerne (parret) en ulempegodtgørelse af en størrelse som sket ved Pengeinstitutankenævnets kendelse.

Landsretten vendte tilbage til de mere klassiske juridiske synspunkter. Landsretten var enig i, at banken havde begået en fejl, men landsretten fandt det ikke godtgjort, at ægteparret havde lidt noget økonomisk tab. Landsretten begrundede endvidere sin afgørelse med, at der ikke er hjemmel til at tilkende nogen godtgørelse for ulempe. Banken havde modtaget et vederlag for omprioriteringssagen. Retten fandt heller ikke, at der var et grundlag for at pålægge banken at tilbagebetale dette vederlag.

4.3.3. Lov om omsætning af fast ejendom § 24 stk. 2

Når denne bestemmelse gennemgås i forbindelse med forsikringsselskabers rådgivningsansvar hænger det sammen med, at bestemmelsen må ses som et brud på det klassiske erstatningsbegreb i dansk ret.

Med reglen pålægges en ejendomsformidler et ansvar på objektiv grundlag. Ejendomsformidleren har pligt til efter loven at foretage en såkaldt provenuberegning til sælgeren, hvoraf det skal fremgå, hvad der bliver af penge til sælgeren, når huset er solgt. Hvis der er fejl i denne provenueberegning, – det være sig en regnefejl eller en udgift, som ejendomsformidleren glemmer –, har sælgeren krav på en godtgørelse svarende til forskellen mellem den forkerte og den rigtige provenuberegning. Sælgeren har ikke i sædvanlig erstatningsretlig henseende lidt et tab, men alene ud fra "skuffede forventninger" synspunktet har han krav på en godtgørelse.

Samme ret til godtgørelse har køberen, såfremt ejendomsformidleren har lavet en fejl i salgsopstillingen på baggrund af hvilken, køberen erhverver huset. Når det gælder ydelsesdifferencer anføres det i loven, at køberen har krav på en *rimelig godtgørelse* Nævnspraksis (Ejendomsmaglernævnet) synes at have lagt sig fast på, at den årlige ydelse ganges med seks. Denne sum udbetales til køberen som et engangsbeløb.

Reglen i § 24 stk. 2 har vidtgående konsekvenser, hvilket en dom afsagt af Vestre Landsret den 27. januar 1997 med al tydelighed illustrerer. Sagen drejede sig om fejl i en provenuberegning. Ejendomsmægleren, der skulle forestå salget, trak via et online-system kursen på de lån, der i forbindelse med handlen skulle indfris. Et af lånene var imidlertid et lån i Totalkredit, som på daværende tidspunkt ikke kunne tilbyde online-oplysning om indfrielseskursen på deres lån. Ejendomsformidleren ringede i stedet til Jyske Bank for at få de nødvendige oplysninger om lånet. Det viste sig efterfølgende, at kursen var forkert, som følge af fejl i den officielle kursliste fra Københavns Fondsbørs.

Sælgeren stævnede ejendomsformidleren for ca. 29.000 kr. svarende til forskellen i provenuet beregnet på grundlag af den rette kurs og den kurs, som ejendomsformidleren havde anvendt.

Landsretten henviste ved afgørelsen til ordlyden af § 24 stk. 2 og citerede uddrag af bemærkningerne til bestemmelsen, hvoraf

det fremgår, at det har været lovgivers hensigt at lade formidleren i stedet for forbrugeren bære risikoen for fejl, fordi risikoen via prissætning og forsikring kan fordeles til en marginalomkostning spredt ud på et stort antal opdrag

En konsekvens af bestemmelsen er, at forbrugeren stilles bedre økonomisk, fordi den pågældende ejendomsmægler har begået en fejl. Havde ejendomsmægleren i den ovenfor refererede dom fået den korrekte kurs oplyst, ville sælgeren ikke have fået de 29.000 kr!

4.3.4. Rådgiverudvalget og forsikring

Man fristes til at spørge, hvor forsikring kommer ind i relation til udvalget. Også forsikringstagere kommer imidlertid ud for "skuffede forventninger"

4.3.4.1. Kausalitetsprincippet

Som eksempel kan nævnes hele problemstilingen vedrørende urigtige oplysninger ved tegning af personforsikringer, som har såvel forbrugerrådet som forbrugerombudsmandens bevågenhed. I henhold til gældende ret gælder det meget omdiskuterede kausalitetskrav ikke. Dette indebærer, at forsikringsselskaberne kan afvise erstatningskrav, såfremt det i forbindelse med en skade viser sig, at forsikringstageren ved tegningen af forsikringen har afgivet urigtige oplysninger. Har forsikringstageren f.eks ikke i forbindelse med tegningen oplyst, at han var ramt af leddegigt, og det samtidig må anses for sikkert, at forsikringsselskabet ikke ville have tegnet forsikringen, var denne oplysning blevet givet, kan selskabet med rette nægte at dække, også selvom den aktuelle skade er forårsaget af noget helt andet f.eks. et trafikuheld.

Det er givet, at en forsikringstager i en sådan situation vil være skuffet i sine forventninger, og det kan opleves som meget "uretfærdigt" at forsikringsselskabet afviser at dække i den konkrete sag. Heroverfor kan det anføres, at det ville være en favorisering af de forsikringstagere, der måske bevidst udelader væsentlige oplysninger og "tager chancen", såfremt selskabet i denne skitserede situation var forpligtet til at dække skaden. De ærlige, der afgiver alle relevante oplysninger straffes – de kan ikke tegne forsikringen.

Problemstillingen vedrørende helbredsoplysninger og kausalitetsprincippet vil blive yderligere uddybet under afsnit 5.

4.3.4.2. Skift af forsikringsselskab

Også i forbindelse med skift af forsikringsselskab kan der opstå situationer, hvor forsikringstageren sidder tilbage med skuffede forventninger. I praksis sker der for forsikringer, der skal opsiges følgende: Kunden underskriver begæringen om nytegning og samtidig en opsigelse af den bestående. Begge dele indsendes samlet til hovedkontoret, og først når forsikringen er antaget, fremsendes opsigelsen til det afgivende selskab. Den nye forsikring træder typisk i kraft, når den tidligere ophører, som følge af opsigelsen. Hermed sikres, at kunden ikke står uden dækning i noget tidsrum, og der heller ikke i noget tidsrum er tale om dobbeltdækning med spild af præmiekroner til følge.

Det er i dag ikke praksis uopfordret at foretage en grundig gennemgang af den bestående forsikring, når der er tale om standardprodukter eller i øvrigt sammenlignelige produkter, der i hovedtræk er ens. Men giver kunden udtryk for en forventning om ikke at få ringere vilkår ved flytningen, må dette undersøges nærmere, hvilket fremgår af en kendelse fra Pengeinstitutankenævnet fra 11. Februar 1997 (sag nr. 960243).

Der var i denne sag tale om, at en bank rådgav en kunde til at flytte sin invaliderente delvist fra et forsikringsselskab til et andet forsikringsselskab, som banken samarbejdede med. Kunden mistede efterfølgende sin arbejdsevne midlertidigt og fik invaliderente-

ydelse fra begge selskaber. Da han kom under revalidering, ophørte udbetalingen fra det nye forsikringsselskab, men fortsatte med den nedsatte ydelse fra det oprindelige selskab – formentlig som kulanceudbetaling. Ankenævnet bestemte, at kunden var berettiget til erstatning for et tab, der skyldes afvigende forsikringsbetalinger – med andre ord – banken burde have oplyst kunden om, at forsikringsbetingelserne i det nye selskab ikke var så favorable som i det bestående, men at eventuelle kulanceudbetalinger ikke kunne medføre, at der forelå et erstatningsberettiget tab.

AK 41.309 vedrører en sag, hvor et forsikringsselskab ved en ekspeditionsfejl fik sendt en opsigelse til det afgivende selskab, inden kunden havde accepteret et tilbud med en indskrænkning i dækningen på grund af forringede helbredsforhold. Ankenævnet bestemte, at forsikringsselskabet var forpligtet til at tegne en ulykkesforsikring uden forbehold, idet det måtte have stået klart for det modtagende selskab, at den bestående ulykkesforsikring ikke skulle opsiges, førend en tilsvarende forsikring var tegnet hos det modtagende selskab.

Med de ovenfor refererede kendelser kan man spørge, om der overhovedet er behov for nye regler om godtgørelse, idet der i ankenævnspraksis i vidt omfang tages hensyn til kundens synspunkter.

4.4. En godtgørelsesordning for forsikringsområdet

Godtgørelse for "skuffede forventninger" findes ikke i andre lande i Europa. Inspirationen er givetvis hentet i U.S.A., og begrebet kan sammenlignes med det i USA. meget udbredte *punitive damages*, som netop tilkendes, når der er begået en fejl, men hvor et egentlig tab ikke forekommer. *Punitive damages*/godtgørelse er et instrument, hvormed man kan straffe de store virksomheder, som ikke behandler deres kunder ordentligt.

Spørgsmålet er imidlertid, hvor hensigtsmæssig indførelsen af godtgørelser er. Er det virksomhederne, der straffes eller er der blot tale om, at udgiften til godtgørelser væltes over på de øvrige kunder. Det kan også virke stødende, at kravstilleren skal have en økonomisk gevinst ud af, at en professionel har begået en fejl, jfr. ovenfor under 4.3.3.

Der er i EU udarbejdet en grønbog om forbrugernes forventninger til den finansielle sektor. Muligheden for godtgørelse for skuffede forventninger er ikke er nævnt i grønbogen. Spørgsmålet er derfor, om det ikke var bedre, at Folketinget afventede udviklingen i EU, i stedet for at indføre regler her i landet, som herefter skal ophæves eller ændres for at være i overensstemmelse med EU-lovgivningen.

5. Forsikringstagers oplysningsforpligtelser ved forsikringstegningen

5.1. Udfyldelse af helbredserklæringer

I såvel skadeforsikring som personforsikring gælder, at forsikringstageren ikke må afgive urigtige oplysninger til forsikringsselskabet i forbindelse med tegning af en forsikring. I skadeforsikring giver dette forhold ikke anledning til juridiske eller etiske problemer i nævneværdig omfang. For personforsikring derimod har forsikringsselskabernes håndtering af helbredsoplysninger givet anledning til kritik af branchen som helhed, og der er både juridisk og etisk tale om vanskelige problemstillinger. Dette har medført, at Assurandør-Societet har nedsat en styregruppe, der i februar 1997 har afgivet en rapport. De væsentligste konklusioner fra rapporten vil kort blive gengivet i det følgende.

5.1.1. Formål med styregruppen

Formålet med styregruppen var

- at skabe overblik over gældende praksis vedrørende afgivelse og anvendelse af helbredsoplysninger,

- at opbygge et beredskab for selskaberne til at imødegå kritik af, at kausalitetsprincippet ikke er gældende.
- at gøre en indsats for at øge informationsniveauet i offentligheden om praksis og baggrunden for denne praksis, og endelig
- at undersøge om der var grund til at udstikke nye retningslinier vedrørende selskabernes håndtering af dette område.

Styregruppen tog fat i en række konkrete områder, herunder udformningen af de erklæringer og attester selskaberne anvender. Spørgsmålet omkring egen læge og lægens rolle i det hele taget i forbindelse med opgivelse af helbredsoplysninger blev belyst. Det blev overvejet, om der var anledning til at ændre FAL § 6 – og herunder, om en kausalitetsregel burde indføres i dansk ret. Hertil kommer en række yderligere områder, jfr. nedenfor.

5.1.2. Udformningen af erklæringer og attester

Det blev i styregruppen bl.a. drøftet, om kunden reelt har mulighed for at afgive fuldstændig udtømmende oplysninger om helbredsforhold. Tidligere blev kunden spurgt, om vedkommende "nogen sinde" havde været til lægen/lidt af lidelser, som ikke var forkølelser o.s.v. Dette er ændret, så der nu alene spørges, om de sidste 10 år.

Det blev drøftet, om der kunne være en idé i at fremhæve særlige oplysninger, som selskabet kunne være interesseret i. Det kunne f.eks. være psykiske lidelser eller ryglidelser. Konklusionen blev, at styregruppen ikke kunne anbefale sådanne tiltag, idet styregruppen anså det for en nærliggende risiko, at kunden ville indlægge en anden forståelse og fortolkning i en sådan fremhævelse og dermed i virkeligheden stille sig ringere, end det var hensigten.

Det blev også drøftet, om erklæringer og attester burde differentieres afhængig af den konkrete forsikringstype. Selskaberne lægger vægt på forskellige oplysninger, alt efter om der er tale om en dødsfaldsdækning, en ren opsparingsdækning eller en invaliderente-forsikring. Styregruppen endte med ikke at anbefale differentierede erklæringer og attester, simpelthen fordi fordelene ikke kunne opveje det faktum, at det vil være vanskeligt at håndtere i hverdagen, hvor assurandøren på denne måde skulle have forskellige sæt blanketter med.

Styregruppen kikkede også på selskabernes praksis i forbindelse med tegning og skade. Det ville være moralsk angribeligt, såfremt kunden ved tegningen kun skulle besvare nogle få og enkle spørgsmål, mens selskabet i tilfælde af skade iværksatte omfattende undersøgelser af, om kunden havde fortiet oplysninger. Styregruppen fandt, at en sådan praksis ville være i strid med god forsikringsskik.

Styregruppen konkluderede, at der ikke var behov for at foreslå generelle ændringer i de erklæringer og attester, som selskaberne anvender i dag. Der foregår en løbende evaluering af skemaerne i samarbejde med fagfolk, herunder eksempelvis Dansk Sprognævn.

5.1.3. Vejledning

Styregruppen kunne om selskabernes information til kunderne ret hurtigt konkludere, at der på dette punkt er behov for at sætte ind. Styregruppen foreslår i rapporten, at der indføres en egentlig kundevejledning, som fortæller kunden om, hvad oplysningerne bruges til. Der bør overfor kunden informeres om de videre betingelser i antagelsesproceduren og konsekvenserne af at afgive urigtige oplysninger, herunder navnlig det forhold at kausalitetsprincippet ikke gælder.

Ryglidelser, psykiske lidelser og misbrugslidelser giver ofte anledning til anfægtelsessager, og der burde derfor informeres herom. (Anfægtelsessager er de sager, hvor selskabet afviser at dække under henvisning til, at

forsikringstageren har afgivet urigtige/ufuldstændige oplysninger, og hvor selskabet ville have afvist at tegne forsikringen, såfremt selskabet havde fået de pågældende informationer).

5.1.4. Tegningssituationen

Selve tegningssituationen undergik også en nærmere analyse i styregruppen. Det vil som oftest være assurandøren, der sammen med kunden – måske ude hos kunden privat – udfylder begæringen. Kunden har en åbenbar interesse i, at kunne tegne forsikringen til sædvanlig præmie. Assurandøren er – qua provisionsaflønningen – interesseret i, at forsikringen etableres. Begge vil have et incitament til – måske helt ubevidst – at slå kundens antydninger af et problem hen med "det betyder nok ikke noget".

Det kan også være vanskeligt for kunden i tegningssituationen at redegøre for meget personlige forhold som eksempelvis psykiske lidelser, kønssygdomme m.v. Fordi der kan være tale om dybt fortrolige oplysninger, kan kunden opleve tegningssituationen som et indgreb i den personlige integritet.

En måde at løse dette skisma på, ville være at give kunden adgang til at indsende helbredsoplysningerne i lukket kuvert direkte til selskabets læge.

Selskaberne bør være opmærksom på den dobbeltrolle, som assurandøren skal spille i tegningssituationen. Dels skal han forsøge at sælge et produkt, dels vil han ofte skulle rådgive kunden. Helt konkret skal han måske skal hjælpe med at udfylde begæringen.

Styregruppen har foreslået, at den eksisterende assurandørvejledning, se pkt. 3.6.1. revideres, og at det i den forbindelse indskærpes, at assurandøren har pligt til at behandle de modtagne helbredsoplysninger fortroligt. Instruksen bør indeholde retningslinier for opbevaring og omgang med helbredsoplysninger.

5.1.5. Egen læge

Kunden opfordres ikke sjældent til at søge egen læge i forbindelse med afgivelse af helbredsoplysninger for derved at undgå, at noget bliver glemt. Dette kan imidlertid give kunden en falsk tryghed. Lægen mangler som oftest forsikringsteknisk indsigt. Dertil kommer, at det ikke er sikkert, at lægen ved alt. Der kan være tale om ufuldstændig journalmateriale på grund af lægeskift og manglende kommunikation mellem behandlingsinstitutioner og egen læge.

Styregruppen har påpeget, at der også i forhold til lægerne mangler vejledning. Lægerne bør vejledes om det ansvar, der er forbundet med udfyldelse af erklæringer og attester. De bør gøres opmærksom på, at kausalitetsprincippet ikke gælder m.v.

Styregruppen har forsøgt at komme i dialog med lægernes organisationer om disse spørgsmål. De pågældende organisationer har imidlertid været tøvende overfor et samarbejde om disse spørgsmål ud fra en for styregruppen ikke helt forståelig argumentation om etik.

5.1.6. Manglende ankemulighed

Ved bedømmelsen af personforsikringer eksisterer der i dag reelt ikke nogen ankemuligheder. Bedømmelsesforeningen eller det enkelte selskab bestemmer endeligt på hvilke vilkår, forsikringen kan antages. Teoretisk kan afgørelsen indbringes for Ankenævnet for Forsikring, men det er i praksis ikke muligt for Ankenævnet at realitetsbehandle dette lægelige område.

5.1.7. Kausalitetsprincippet

Styregruppen har naturligvis også drøftet spørgsmålet om indførelse af kausalitetsprincippet. Indførelsen heraf vil imidlertid uvægerligt føre til nye afgrænsningsspørgsmål. Der kan eksempelvis være tale om konkurrerende lidelser, som tilsammen fører til invaliditet, men hvor der kun er delvis kausalitet.

Styregruppen undersøgte en række af sel-

skabernes anfægtelsessager og konstaterede, at der imellem 75% og 100% af tilfældene var kausalitet – altså en sammenhæng mellem den fortiede sygdom og det, den pågældende forsikringstager var blevet syg af. Intervallet er udtryk for, at resultatet i de enkelte selskaber var forskelligt. Bedømmelsesforeningen har lavet en tilsvarende undersøgelse, der viste, at der i 85% af tilfældene var kausalitet.

Styregruppen har også drøftet indførelsen af en tidsgrænse for anfægtelse på 5 eller 10 år. Anfægtelsessagerne har imidlertid vist, at der i 50% af tilfældene er gået mere end 5 år fra tegningen og til "den ikke oplyste" sygdom blev aktualiseret. 32% lå mellem 5 og 10 år, d.v.s. ca. 18% lå over 10 år.

På baggrund af de ovenfor refererede undersøgelser konkluderede styregruppen, at der ikke er behov for ændring af forsikringsaftaleloven på dette punkt. Der er imidlertid et vedvarende behov for, at selskaberne nøje overvejer anfægtelsessagerne, specielt i de tilfælde hvor der er gået lang tid mellem tegningen og skadetidspunktet.

5.1.8. De økonomiske konsekvenser af anfægtelsessagerne

Styregruppen har udarbejdet et groft skøn over, hvad anfægtelsessagerne betyder for de samlede skadeudbetalinger og vurderer, at det drejer sig om 400-500 mio. kr. årligt. Det vil svare til for livsforsikringerne, som har en opsparing på ca. 400 mia. kr., at alle kunder ville få 0,1 bonusprocent mindre i forrentning af deres opsparing.

5.2. Alternativer og bemærkninger til styregruppens forslag

5.2.1. Ad tegningssituationen

Det kunne overvejes, at koble assurandøren helt ud, når det drejer sig om helbredsoplysninger. I sagerne for Ankenævnet for Forsikring vedrørende mangelfulde helbredserklæringer anfører klagerne ofte, at det er assurandøren, der har udfyldt helbredserklæringen forkert. Kunden har mundtligt afgivet de korrekte oplysninger, men assurandøren har skrevet noget andet eller ikke medtaget oplysningerne.

Der er i den forbindelse et andet hensyn, man bør være opmærksom på. En ikke ubetydelig del af den danske befolkning kan ganske enkelt ikke læse eller har meget vanskeligt ved at læse. Dette kan nok så mange sprogkonsulenter ikke afhjælpe. Disse mennesker vil ofte være udelukket fra at tegne forsikringer, hvor der skal udfyldes en helbredserklæring, såfremt de er udelukket fra at modtage vejledning fra forsikringsselskabet ved udfyldelsen af disse ganske komplicerede oplysningsskemaer.

5.2.2. Ad egen læge

Der er et yderligere problem ved benyttelse af egen læge ved udfyldelse af helbredserklæringer. Den forsikringssøgendes egen læge vil ofte føle, at han skal varetage sin patients interesser, hvilket måske vil smitte af på erklæringens indhold. Som et alternativ til egen læge kunne det overvejes at autorisere en kreds af læger i landet og lade dem tage sig af at undersøge den forsikringssøgende og udfylde erklæringen. Disse læger skulle naturligvis via kurser opnå den fornødne indsigt i forsikringsforhold.

5.2.3. Øvrige forslag

Når helbredserklæringen er afleveret til selskabet, vil det som oftest være sådan, at forsikringstageren ikke ser denne igen. Man kunne overveje at sende en kopi af helbredserklæringen ud til kunden sammen med policen, sådan at kunden havde mulighed for at se materialet samlet. Det sker jo, at man ved en fornyet gennemlæsning bliver opmærksom på, at noget mangler, eller at forholdene ikke er helt korrekt beskrevet.

6. Forsikringsselskabernes og forsikringstagernes informationspligt ved ændringer af forsikringen

6.1. Hvornår foreligger der en ændring?

Der foreligger en ændring i et forsikringsforhold, når den forsikredes risiko forandrer sig (f.eks. fareforøgelse), *eller* når selskabet forandrer de vilkår på hvilke, selskabet forsikrer en given risiko. Ændringerne skal selvsagt være sket efter forsikringsaftalens indgåelse.

6.2. Forsikringstagerens information om fareforøgelse

FAL pålægger ikke forsikringstageren en informationspligt til selskabet i tilfælde af fareforøgelse. Det er imidlertid almindeligt, at forsikringsbetingelserne pålægger forsikringstageren at informere om forskellige risikoændringer. Det fremgår af rets- og ankenævnspraksis, at der stilles ret håndfaste krav til betingelsernes beskrivelse af de fareforøgende omstændigheder, for at selskabet kan påberåbe sig fareforøgelse og slippe for at betale erstatning helt eller delvist.

AK 37.254. Forsikringstagerens indbogenstande brændte, mens de blev opbevaret hos hans forældre. Selskabet gjorde bl.a. gældende, at det dækkede forsikringssted var en hårdttækket bygning, mens indboet hos hans forældre blev opbevaret under stråtag. Selskabet anså dette for fareforøgende og ville derfor kun udbetale pro rata erstatning. I forsikringsbetingelserne var der om risikoforandringer skrevet meget – etablering af vindmøller, solvarmeanlæg og meget andet, men intet om stråtag.

Ankenævnet fandt, at selskabet ikke var berettiget til kun at udbetale pro rata erstatning efter reglerne om fareforøgelse, idet den fareforøgelse, der var forbundet med, at genstandene beroede i et stråtækt hus fremfor en ejendom med fast tag ikke var en fareomstændighed, der var bestemt angivet i forsikringsaftalen.

AK 40.198. Selskabet nedsatte forsikringssummen, da det erfarede, at forsikringstageren var arbejdsløs og ikke som anført i begæring og police kontorassistent. I vilkårene hed det om erhvervsskifte, at præmien var beregnet på baggrund af de ved tegningen eller senere givne erhvervsoplysninger om forsikredes stilling. Det var videre anført, at ændringer i stilling, virksomhedens og arbejdets art straks skulle anmeldes til selskabet og godkendelse af ændringen skulle bekræftes skriftligt af selskabet. Forsikringstageren gjorde gældende, at det ikke med tilstrækkelig tydelighed fremgik, at arbejdsløshed skulle anses som erhvervsskifte.

Ankenævnet fandt, at det ikke med tilstrækkelig tydelighed fremgik af forsikringsbetingelserne, at arbejdsløshed fra selskabets side blev anset for en fareforøgende omstændighed, jfr. FAL § 121 og gav under henvisning hertil klageren medhold.

6.3. Selskabernes informationspligt ved ændringer

Selskaberne forbeholder sig som regel i vilkårene ret til med det varsel, der gælder for opsigelse af forsikringen, at ændre i præmie og vilkår. På finanstilsynets foranledning er der udarbejdet retningslinier for, hvorledes selskaberne skal håndtere den situation, hvor vilkårene ønskes ændret. Der skelnes i disse retningslinier mellem væsentlige og ikke væsentlige ændringer i dækningsomfanget.

6.3.1. Ikke væsentlige ændringer

Ikke væsentlige ændringer kan selskaberne foretage ved den såkaldte passiv accept metode. Retningslinierne foreskriver, at ændringerne varsles og der i den forbindelse redegøres udførligt for indholdet af ændringerne. Det skal videre anføres, at forsikringstageren anses for at have accepteret ændringerne, såfremt han betaler præmien efter næste hovedforfald, og at den hidtidige dækning ophører, hvis præmien ikke betales. Når fornyelsen udsendes skal det af denne på ny fremgå, at der træder nye vilkår i kraft. Dette skal også fremgå

af en eventuel rykker. Denne passiv accept metode kun anvendes én gang årligt.

Af retningslinierne fremgår det, at der ved ikke væsentlige ændringer forstås , at indskrænkningen i dækningsomfanget ikke skønnes at overstige 10 % opgjort på grundlag af skadeudgifterne i det senest offentliggjorte regneskab. Dette kan være vanskeligt at afgrænse i den konkrete situation, og det er derfor muligt at få Finanstilsynet til at udtale sig herom i tvivlstilfælde.

Såfremt en forsikringstager bliver opmærksom på, at selskabet fejlagtigt har anvendt reglerne om passiv accept, kan forsikringstageren uden varsel ophæve forsikringen. Hvis der er sket en skade, kan forsikringstageren kræve erstatning, som om ændringen ikke var sket.

6.3.2. Væsentlige ændringer

Retningslinierne foreskriver, at væsentlige ændringer i dækningsomfanget skal gennemføres ved fremsendelse af et egentligt tilbud til forsikringstageren. Forsikringstageren skal sende sin accept af de nye vilkår. Det sædvanlige opsigelsesvarsel skal iagttages og det skal i brevet klart fremhæves, at den hidtidige forsikring ophører, og at forsikringstageren står uden dækning, såfremt den nye aftale ikke indgås. I brevet skal der gives en loyal beskrivelse af de nye vilkår. Selskabet må ikke vedlægge et girokort ved brevet, og selskabet skal rette henvendelse til forsikringstageren på ny, hvis forsikringstageren ikke inden en uge før ophør af den eksisterende forsikring har tegnet en ny forsikring i selskabet.

6.3.3. Ændring af præmie

Retningslinierne indeholder også regler om ændring af præmie. Præmieændringen skal varsles ved brev og med det varsel, der gælder for opsigelse. I brevet skal det anføres, at betaling medfører accept af præmiestigningen. Det samme skal fremgå af girokortet og eventuelt senere fremsendte rykkere. Indeksregulering af præmien kan dog ske, hvis en sådan har hjemmel i aftalen og er baseret på et bestemt og loyalt indekssystem.

6.3.4. Ændringer foretaget på forsikringstagers initiativ

Retningslinierne er ikke gældende, hvis en forsikringstager selv retter henvendelse til selskabet med oplysning om ændringer i risikoforholdene.

> AK 41.377 Forsikringstageren, der havde tegnet en ulykkesforsikring, ønskede også sin hustru og sit barn ulykkesforsikret i selskabet. Der blev udstedt en ny police med et nyt policenummer og med andre forsikringsbetingelser end de, der var gældende for den gamle forsikring. Dette blev forsikringstageren ikke gjort opmærksom på. Forsikringstageren anmeldte en tandskade og blev i den forbindelse opmærksom på, at der var indført et dækningsmaksimum for tandskader. Flertallet i nævnet lagde vægt på, at omtegningen var sket på forsikringstagerens initiativ, og at der i forbindelse med omtegningen var udstedt en ny police. Videre blev det anført, at det ikke fandtes sandsynliggjort, at der ved omtegningen var drøftet forhold, der måtte få selskabets assurandør til at tro, at forsikringstageren lagde særlig vægt på omfanget af tandskadedækningen. Forsikringstageren havde derfor ikke krav på erstatning udover det indførte maksimum.

> AK 37.624 Forsikringstageren havde en autoforsikring, der også omfattede en autoulykkesforsikring, som dækkede personer befordret med en bestemt bil. Forsikringstageren skiftede bil og udfyldte i den anledning et nyt forsikringsbevis og en ny begæring.. Efter det oplyste blev blanketten udfyldt af autoforhandleren, som ikke satte kryds ud for rubrikken: Autoulykkesforsikring. Ved en bilulykke blev forsikringstagerens ægtefælle dræbt og 2 børn kvæstet. Nævnet fandt, at der ikke var grundlag for at anse ulykkesforsikringen for videreført i forbindelse med tegningen af den nye autoforsikring.

Som den refererede ankenævnspraksis viser, har selskabet ingen informationspligt ved omtegning på forsikringstagerens eget initia-

tiv, medmindre der har været drøftet forhold, ud fra hvilke der var anledning til at tro, at forsikringstageren lagde særlig vægt på et bestemt dækningsområde. Forsikringstageren er henvist til at sammenholde de nye betingelser med de gamle, hvilket for mange forsikringstagere forståelig nok er en uoverskuelig opgave. Forsikringstageren kan bede selskabet skriftligt redegøre forændringerne eller eventuelt skriftligt bekræfte at dækningsomfanget er uændret. At der må en nuanceret bedømmelse til viser følgende ankenævnsafgørelse dog:

AK 39.694 Forsikringstageren købte en ny bil i april 1995, hvilket han meddelte forsikringsselskabet. Den nye bil var af samme mærke og vægtklasse som den gamle. Selskabet sendte i den anledning klageren en ny police med samme policenummer. Med policen fulgte et sæt forsikringsbetingelser, der bar nummeret 10-1. Kort efter erhvervelsen af bilen totalskadede forsikringstagerens 17-årige hjemmeboende søn bilen efter 800 meters kørsel. Selskabet afslog at betale erstatning med henvisning til, at forsikringsbetingelserne indeholdt en undtagelse om ,at forsikringen ikke dækkede skader indtrådt mens bilen blev ført af en person, der ikke havde et gyldigt kørekort. En sådan betingelse fandtes imidlertid ikke i de oprindeligt gældende vilkår., og forsikringstageren var ikke i forbindelse med bilskiftet orienteret om ændringen. Den eneste mulighed for at se, at der var tale om et andet sæt betingelser var, at nummeret på de gamle var 10-9 og nummeret på de nye var 10-1.

Nævnet forespurgte i forbindelse med sagen Assurandør-Societetets Responsumudvalg, om det måtte anses for god forsikringsskik at gøre forsikringstageren specielt opmærksom på ændringer i forsikringsbetingelserne i et tilfælde som det foreliggende, hvor ændringen skete i forbindelse med udskiftning af den forsikrede bil. Af svaret fremgik, at der ikke var nogen fast praksis for at udstede en ny forsikring i forbindelse med bilskift.

Nævnet henstillede til selskabet at udbetale erstatning under hensyntagen til, at forsikringstageren havde haft meget ringe mulighed for at være opmærksom på ændringen, når selskabet havde udstedt den nye police med samme policenummer. Henstillingen blev fulgt.