

Ankenævnet for forsikring – nu i 30 år

af Henning Jønsson



Henning Jønsson
hj@ankeforsikring.dk

I 1969 nedsatte Folketinget en Forbrugerkommission, der skulle se på forbrugerens retsstilling i Danmark. Kommissionen afgav fra 1971-1977 fire betænkninger, der indeholdt forslag til ændringer i retstilstanden. Af disse ændringer kan nævnes reglerne om forbruger køb i købelovens §§ 72-86, Generalklausulen i aftalelovens § 36, oprettelse af en forbrugerombudsmandsinstitution og sidst, men ikke mindst, oprettelse af et Forbrugerklagenævn i statsligt regi. Til dette forbrugerklagenævn skulle den danske forbruger kunne rette sine klager over varer og tjenesteydelser, herunder også klager over forsikringsafgørelser. Dette blev muligt ved vedtagelse af forbrugerklagenævnsløven i 1974.

Dette var lidt af en omvæltning for erhvervs livet i Danmark, men i nordisk sammenhæng var Danmark faktisk bagud, Sverige havde allerede i 1970 gennemført et grundigt udredningsarbejde om det samme tema. Dette udredningsarbejde nød de øvrige nordiske lande godt af, og ideen med et forbrugerklagenævn, forbrugerombudsmand, indførelse af fortrydelsesret og en formueretlig generalklausul er svenske opfindelser, der er kopieret af de øvrige lande.

Klagecentralen – en start

Det danske forsikrings erhverv kan krediteres for at have været langt fremme i skoene med hensyn til klagebehandling. I 1969 oprettede forsikringsselskabernes brancheorganisation – Assurandør-Societetet – nu Forsikring & Pension, Klagecentralen. Formålet hermed var først og fremmest at hjælpe forsikringstagerne med de problemer, de måtte have med Deres forsikringsselskaber og dernæst at samle erfaringer, der kunne anvendes i forsikringsselskabernes produktudvikling, så der kunne udvikles produkter, der i højere grad

tilgodeså forbrugernes forventninger. Klagecentralen var ikke et nævn, som vi kender det i dag. Man valgte en forsikringskyndig *mellemmand*, som forsikringsselskaberne havde respekt for, til at udrede klagesagerne. Mellemmanden havde dog ingen beføjelser som sådan, men måtte forlade sig på argumenter, og hvad vi i dag ville kalde god skik. Mellemmanden nød i kraft af sit tidligere virke som inspektør på Forsikringshøjskolen stor respekt. Her havde han haft de fleste skadechefer som

Henning Jønsson er cand.jur. og direktør i Ankenævnet for Forsikring.

elever og nød sikkert fortsat at korrekse dem. Klagecentralen modtog i de første år ca. 1000 klager om året.

Ankenævnets oprettelse

Det var klart, at en sådan privat klageinstans ikke kunne opretholdes, hvis klageinstansen ikke kunne træffe egentlige afgørelser. Når vi i dag i avisen læser, at nu har ministeren lagt pres på det og det erhverv for at få etableret et godkendt klagenævn, er det værd at bemærke sig, at det danske forsikringserhverv selv tog initiativ til at etablere et godkendt ankenævn. Assurandør-Societetets daværende formand Jørgen Dreyer (Hafnia), og Forsikringsoplysningens daværende chef Erik Heimann Olsen talte så godt for ideen, at bestyrelsen (Komiteen) på sit årsmøde i 1973 besluttede, at der skulle rettes henvendelse til Forbrugerrådet med henblik på at få etableret et godkendt klagenævn for forsikring, og et sådant blev efterfølgende etableret, så det kunne starte sin virksomhed den 1.9.1975. I den forbindelse skal det dog nævnes, at Norge og Finland allerede i 1971 havde fået etableret klageinstanser sammen med Forbrugerrådet i disse lande.

Ankenævnet for Forsikring har i årenes løb modtaget mange studiebesøg fra alle egne af kloden, og hver gang har de besøgende undret sig over, at forsikringsselskaberne selv tog initiativ til etablering af et nævn.

Man siger jo, at historien aldrig afslører sine alternativer. Men klart var det jo, at forsikringsklager under alle omstændigheder ville blive behandlet. Oprettede man ikke selv et nævn, ville klagerne blive behandlet i Forbrugerklagenævnet for statslige midler. Muligvis har forsikringsbranchen resolveret, at den selv på sigt ville komme til at betale for sine klager, ligesom selskaberne selv må betale for Finanstilsynet. Men velsagtens har man også tænkt, at man bedre havde hånd i hanke med et specialistnævn frem for et stort For-

brugerklagenævn, der skulle behandle klager over alskens ting lige fra nipsenåle til elefanter. Og samtidig ville man nok også komme tættere på de erfaringer, der kunne høstes gennem sådan et nævn.

Udviklingen i antal klager

Man troede dengang, at klagetallet ville blive beskedent. Erfaringerne med Klagecentralen med de ca. 1000 klager viste, at der højst kunne blive tale om nogle få hundrede klager om året. De 1000 klager omfattede både erhvervsklager og klager fra 3. mand. Og disse klager skulle ankenævnet ikke behandle, da der ikke var tale om klager fra forbrugere, der var utilfreds med egen forsikring. Når dette nye nævn så havde trukket nogle streger i sandet, antog man, at klagetallet langsomt ville blive reduceret. (Ja de mest optimistiske mente endda, at nævnet efter færdigt arbejde kunne nedlægges). Den daglige ledelse lagde man i hænderne på en forsikringskyndig praktiserende advokat, der ved siden af sin advokatforretning kunne forestå sekretariatsarbejdet.

Sådan gik det som bekendt ikke. Tallene i skemaet viser antallet af klager år for år fra nævnets start. At behandle forsikringsklager blev ”fast arbejde” i den grad, at sekretæren

Indkomne sager

1975	360	1990	2.212
1976	928	1991	2.196
1977	1.105	1992	2.183
1978	1.368	1993	2.442
1979	1.681	1994	2.444
1980	2.072	1995	2.497
1981	2.250	1996	2.782
1982	2.245	1997	3.127
1983	1.907	1998	2.678
1984	1.752	1999	2.607
1985	2.274	2000	2.764
1986	1.976	2001	2.644
1987	2.274	2002	2.713
1988	2.435	2003	2.860
1989	2.326	2004	2.710

for nævnet, advokat Jørgen Gawinetski måtte sælge sin advokatforretning og i stedet lade sig ansætte som direktør i Ankenævnet for Forsikring.

Hvis man ser på senere fremkomne nævn i den finansielle sektor, Pengeinstitutankenævnet og Realkreditankenævnet, synes der at være mere sandhed i spådommen om, at klagetallet reduceres, når nævnet har trukket sine streger. Klagetallet i disse nævn har i flere år været dalende, jf. nedennævnte skema.

	Pengeinstitut- ankenævnet	Realkredi- ankenævnet	Forsikrings- ankenævnet
1990	530	ikke etableret	2212
1995	607	247	2497
2000	502	320	2607
2004	345	147	2710

At der stadig modtages markant flere sager i forsikringsankenævnet, er der intet usædvanligt ved. Langt de fleste forsikringsklager vedrører problemer i forbindelse med opførelse af skader, og her har parterne modsat rettede interesser. Lidt firkantet sagt vil forsikringstagerne have så meget som muligt i erstatning og forsikringselskaberne betale så lidt som muligt. Da de allerfleste erstatningsopgør indeholder elementer af skøn, bør man snarere undres over, at antallet af klager ikke

er større, end tilfældet er. I de andre finansielle ankenævn findes ikke tilsvarende tvister. Her drejer det sig om aftalefortolkning. Sådanne sager har forsikringsankenævnet også, men de fleste sager vedrører skadesopgør. Således viste en analyse foretaget i forbindelse med nævnets 25-års jubilæum, at 81 % af klagerne vedrørte krav på erstatning.

Branchemæssig fordeling af klager

Det er også interessant at se på, hvad der gennem tiderne er klaget over. Nedenstående skema viser hvilke forsikringsbrancher, der tegner sig for klagerne. Man kan se, at *familieforsikringens* andel af klagerne er faldet drastisk. Billedet snyder dog en smule. I begyndelsen talte man både klager over ansvarsdækningen og retshjælpsdækningen med under hovedbranchen. Men det er alligevel et faktum, at der efterhånden er relativt få klager over familieforsikringen. I nævnets første år drejede mange klager sig om ansvarsforsikringen og forståelse af culpereglen og reglerne om børns ansvar. Etableringen af Familiens Basisforsikring med dækning for gæstebudsskader og med delvis dækning for skader forvoldt af børn har elimineret disse klager. Den udførlige beskrivelse af, hvordan skader

Klagerne fordelt på branche i pct.							
	1976	1980	1985	1990	1995	2000	2004
Familieforsikring	38	33	42	28	22	16	13
Hus- og grundejerforsikring	27	37	33	21	17	16	9
Motorkøretøjsforsikring	17	19	14	20	18	22	18
Lystfartøjsforsikring	3	3	2	1	1	1	1
Husdyrforsikring	2	1	1	-	1	1	1
Syge- og ulykkesforsikring	4	5	7	11	20	19	16
Livs- og pensionsforsikring	5	2	2	3	6	8	12
Retshjælpsforsikring	-	-	-	7	7	6	6
Ansvarsforsikring	-	-	-	7	4	3	2
Rejseforsikring	-	-	-	-	3	6	6
Arbejdsmarkedspension	-	-	-	-	-	2	3
Ejerskifteforsikring	-	-	-	-	-	-	10
Kritisk sygdom	-	-	-	-	-	-	3

gøres op, har også reduceret antallet af klager vedrørende skadesopgør. Og hvis selskaberne ikke tegner Familiens Basisforsikring, har de alligevel ”stjålet” så meget fra den, at det afspejler sig i klagetallet. Udviklingen af klager inden for familieforsikringen er en succes-historie, hvor man har draget nytte af erfaringerne med klagerne og rettet produkterne ind derefter.

Klager over *hus- og grundejerforsikringen* kunne formentlig være nedbragt yderligere, hvis forbrugerne og forsikringsselskaberne i fællesskab havde udformet en bygningsforsikring. Klagetallet er til trods herfor alligevel faldet, hvilket først og fremmest skyldes, at der efterhånden er styr på, hvad en pludselig skade er.

Autoforsikring har nok det mest stabile antal klager. Det er næppe muligt at reducere tallet nævneværdigt. De fleste klager vedrører skyldfordelingen. Folk klager over, at deres eget selskab opkræver selvrisiko (og/eller rykker dem i bonusklasse), fordi selskabet ikke har formået – eller forsøgt, at få modpartens selskab til at betale skaden. Det er sager, hvor klagerne ofte er ophidsede over afgørelserne. De har også ofte nogle overdrevne forventninger om, at sagerne bliver afgjort efter åstedetsforretninger og med rekonstruktioner af uheldet. Dette er ingenlunde tilfældet. Nævnet afgør sagerne efter de faktuelle oplysninger, parterne er enige om og udfaldet ved domstolene i tilsvarende sager.

Ulykkesforsikringer tegner sig i 90'erne for markant flere klager. Årsagen hertil er, at forsikringsselskaberne begyndte at fortolke ulykkesbegrebet ud fra en snæver juridisk synsvinkel, hvor man tidligere havde lagt mest vægt på, hvad der efter praksis blev anset for et ulykkestilfælde. Dette førte efter anbefaling fra Forsikring & Pension til ændringer i ulykkesdefinitionen. Men ændringerne er ikke gennemført for alle bestående forsikringer. Navnlige er mange kollektive forsikringer ikke omtegnet, fordi grupperepræsentanten

ikke vil betale den merpræmie, en forsikring med den udvidede definition koster.

Det er dog selskabernes fastsættelse af mengraden, der klages mest over. Det er i almindelighed svært for folk at forstå, hvordan en mengrad fastsættes. Derfor vil der altid forekomme klager herover. Men der er kommet en ny dimension til disse klager, idet det er helt almindeligt ud over en privat ulykkesforsikring også at være dækket på en eller flere kollektive ulykkesforsikringer. Fastsættelse af mengrad indeholder større eller mindre dele af skøn. Da det i dag anses for uetisk, at selskaberne ”snakker” sammen om fastsættelse af mengraden, kan man sagtens opleve, at to selskaber vurderer mengraden forskelligt. Det er der ikke noget mærkeligt i. Om mengraden skal være 8 eller 10, kan ofte diskuteres. Men pudsig nok mener klagerne altid, at det er den højeste procent, der er den rigtige.

Herudover er det værd at bemærke sig, at der optræder flere og flere sager om forældelse. Indsigelse om forældelse sås bogstaveligt talt ikke de første mange år af nævnets virke. Men i takt med, at skadeprocenten stiger, påberåber selskaberne sig i stadig stigende omfang dette anbringende. Da folk ofte glemmer, de har en ulykkesforsikring – og i særdeleshed en kollektiv ulykkesforsikring – mister forsikringstagerne mange penge på deres egen glemsomhed.

Man bør også bemærke sig udviklingen i antallet af klager over *ejerskifteforsikringen*. Forsikringerne har kunnet tegnes siden 1996, men slog først igennem, da sælgeren af ejendommen blev pålagt at betale halvdelen af præmien for at slippe for sit mangelsansvar. I begyndelsen blev disse klager registreret sammen med klagerne over hus- og grundejerforsikringen, men siden 2001 er de talt særskilt. Ejerskifteforsikringens dækningsomfang er bestemt ved lov, og det har fra starten været uhyre vanskeligt at få folk til at forstå skadebegrebet på ejerskifteforsikringen, så også i

årene fremover vil der formentlig være mange klager over denne forsikringsform.

Det er også bemærkelsesværdigt, at klager over *livs- og pensionsforsikringer* og *arbejds-markedspensioner* stiger støt. Her drejer det sig typisk om bedømmelsen af erhvervsevnetab. Efter ændringerne i førtidspensionsloven synes antallet af klager at stige. Tidligere var der større sammenfald mellem tildelingskriterierne i loven og forsikringsbetingelserne. Nu er sammenfaldet ikke helt så stort, og forsikringsselskaberne mener ikke, at tilde-ling af offentlig førtidspension kan tillægges megen vægt. Samme tendens kan ses i sager om arbejdsmarkedspensioner.

Hvem har ret når der ankes – selskab eller forbruger?

Da nævnet blev stiftet i 1975 var det en selvfølge, at selskaberne skulle følge nævnets afgørelser. I forhold til selskaberne var der således tale om en "eeninstansinstitution". Nævnets formandskab var forståelig nok lidt forsigtig med "vovede" afgørelser, der gik selskaberne imod. Sådanne sager faldt måske derfor i højere grad ud til selskabernes fordel, idet en forbruger altid kan indbringe sagen for domstolene jf. Forbrugerklagenævnslovens § 4, stk. 1.

På initiativ fra Forbrugerrådet blev nævnets vedtægter derfor ændret, således at selskaber-

ne har mulighed for at anfægte nævnets afgørelser. Parterne i aftalen er enige om, at dette kun bør ske i principielle sager, og efter nogle begyndervanskeligheder må dette siges at være lykkedes, jf. nedennævnte skema der viser antallet af anfægtelser siden 1981.

Ud over at give forbrugerne en adgang til hurtig, nem og billig tvistløsning er det en kalkuleret sidegevinst, at der gennem nævnets afgørelser trækkes "streger i sandet", som efterfølgende skal følges af selskaberne. Det er derfor interessant at se, i hvilket omfang nævnet i 1976 omgjorde selskabernes afgørelser, og hvordan omgørelsesprocenten har udviklet sig. Som det ses af nedenstående tabel, blev hele 31 % af sagerne omgjort. Kun i 4 % af tilfældene gav selskaberne sig frivilligt. Herefter ses, at klagernes medholdsprocent er faldet drastisk, for i de sidste par år kun at have udgjort 12 %. Den lave procent er udtryk for, at forsikringsselskaberne er hurtige til at "rette ind" efter nævnets afgørelser. Efter at der er etableret mange private ankenævne, kan man i agurketiden se journalister sammenligne medholdsprocenter i nævnene. Der er store udsving, men forsikringsankenævns medholdsprocent er den laveste. Dette opfattes tilsyneladende af nogle journalister som negativt. Men succeskriteriet er ikke, at klagerne skal have medhold. Succeskriteriet er, at selskaberne skal træffe rigtige afgørelser med det samme. Og det er forsikringsankenævnet lykkedes med. Det er også værd at bemærke sig, at der afgives dissens i mindre end 5 % af afgørelserne. Successen kan nok i vidt omfang tilskrives, at nævnets principielle

Antal anfægtelser

1981-1982*	14	1994	32
1983	7	1995	23
1984	30	1996	22
1985	28	1997	14
1986	25	1998	22
1987	43	1999	13
1988	57	2000	15
1989	53	2001	21
1990	46	2002	8
1991	37	2003	14
1992	36	2004	10
1993	40		

*(begge år inkl.)

Medholdsprocent

	1976	1980	1985	1990	1995	2000	2004
I nævnet	31	5	10	17	16	12	12
I sekretariatet	4	23	19	21	19	17	16
Tot.	35	28	29	38	35	29	28

afgørelser fra dag 1 blev gengivet i tidskriftet ”forsikring” og derfor hurtig blev kendt af selskabernes sagsbehandlere. Den lave medholdsprocent skal også ses i lyset af, at mange forhold er reguleret i forsikringsaftaleloven. Loven anviser facit på mange af forsikringstvisterne, hvor andre nævn må holde sig til fortolkning af aftalen, fast praksis, god skik osv.

Fremtiden

Nu rettes fokus igen meget stærkt på ankenævnsbehandling. Stifterne af ankenævnet er blevet enige om at offentliggøre de enkelte selskabers klageindeks på ankenavnets hjemmeside. På ankenavnets hjemmeside har alle

siden februar 2004 kunnet se nævnets kendelser og ved hjælp af et enkelt søgesystem kunnet finde frem til relevante kendelser. Nu offentliggøres også klageindekset for de enkelte selskaber. Det har ikke været let at finde frem til en måde at udtrykke dette indeks på, og det kan da meget vel være, at der må ske nogle justeringer hen ad vejen, når man har gjort nogle erfaringer. Allerede inden indekset er i luften, har ankenavnets sekretariat mærket en klar oprustning i selskaberne. Hvis en klage efter selskabets opfattelse er registreret med urette, får sekretariatet det at vide. Og det er godt, for det viser, at selskaberne er indstillet på at gøre noget for at undgå klager. Og hvem ved? Måske falder antallet af klager i årene fremover. Det vil jeg gerne tro på!