PRAKSISOVERSIGTER · SAMLET UDGAVE

Praksis inden for *forsikringsret*

Hvornår dækker policen – og hvornår slipper selskabet?

OVERSIGTER	AFGØRELSER	PERIODE
33	759	1994–2026

Udskrevet 27. oktober 2026. Oversigterne opdateres løbende - den nyeste version af hver oversigt findes på lovguiden.dk.

Version 27.10.2026

33 OVERSIGTER

Indhold

01	Anmeldelsesfrist og forældelse i forsikring (FAL § 29)	29 afg.
02	Ansvarsforsikring – forsæt og grov uagtsomhed	18 afg.
03	Ansvarsforsikring – skadelidtes direkte krav (FAL § 95)	28 afg.
04	Bilforsikring – kasko og ansvar	29 afg.
05	Bilforsikring – totalskade og værdiansættelse	13 afg.
06	Bygningsforsikring	24 afg.
07	Driftstabs- og afbrydelsesforsikring	12 afg.
08	Ejerskifteforsikring (LEFE §§ 1-4 + FAL)	17 afg.
09	Erhvervsansvarsforsikring	11 afg.
10	Erhvervsudygtighedsforsikring (FAL §§ 18-22, §§ 120-130)	6 afg.
11	Erstatningsopgørelse – nyværdi vs. dagsværdi	12 afg.
12	Forsikringsaftalelovens almindelige del – præmiebetaling, fareforøgelse og sikkerhedsforskrifter	29 afg.
13	Forsikringsformidleres rådgiveransvar	18 afg.
14	Forsikringsformidleres tilladelse og tilsyn (lov om forsikringsformidling)	48 afg.
15	Forsikringspolice – fortolkning og uklarhedsreglen	19 afg.
16	Forsikringssvig og dækningsbortfald (FAL § 21)	12 afg.
17	Forsikringssvig som strafbart bedrageri	24 afg.
18	Identifikationsregler i forsikring (FAL § 19)	12 afg.
19	Indboforsikring – tyveri, vand- og brandskade	20 afg.

20 Kritisk sygdom-forsikring (FAL §§ 18-22, §§ 120-130) 34 afg.

21 Liv- og pensionsforsikring 39 afg.

22 Oplysningspligt og forsikringssvig (FAL §§ 4-7) 8 afg.

23 Patientforsikring og patienterstatning (KEL §§ 19-58) 16 afg.

24 Præ-eksisterende lidelser i sundheds- og ulykkesforsikring 41 afg.

25 Rejseforsikring – sygdom og afbestilling 27 afg.

26 Soloulykker og kaskoafvisning ved grov uagtsomhed (FAL §§ 18, 20) 55 afg.

27 Sommerhus- og fritidshusforsikring 17 afg.

28 Sondringen mellem summa- og skadesforsikring 43 afg.

29 Stormskade, skybrud og piskeregn 25 afg.

30 Subrogation og regres mellem forsikringsselskaber 11 afg.

31 Tand- og privat sundhedsforsikring 26 afg.

32 Ulykkesforsikring – méngradsfastsættelse 19 afg.

33 Vandskade – afgrænsning af dækning 17 afg.

Hver oversigt er et selvstændigt kapitel med introduktion, principper, gennemgang, lovgrundlag og citerede afgørelser. Titlerne er klikbare, og kapitlerne findes også som bogmærker i PDF-læseren.

01 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over anmeldelsesfrist og forældelse i forsikring (FAL § 29)

Fristberegning, suspension og afbrydelse efter forældelsesreformen i 2007

Version 2 Opdateret 16. jul. 2026 29 afgørelser · 2000–2025 Læs online

INTRODUKTION

Forsikringsaftalelovens § 29 indeholder ikke længere en selvstændig forældelsesfrist. Siden forældelsesreformen med virkning fra 1. januar 2008 henviser § 29, stk. 1, til forældelsesloven, så forsikringskrav som udgangspunkt forældes efter den almindelige 3-årige frist regnet fra kundskabstidspunktet, mens § 29, stk. 2-6, alene modificerer dette udgangspunkt på afgrænsede punkter. Praksis dannes helt overvejende af Ankenævnet for Forsikring, med Højesteret som retningsgivende på de principielle spørgsmål, og kredser om tre tilbagevendende akser: hvornår sikrede fik eller burde have fået kendskab til kravet, hvilken fristforlængende virkning en anmeldelse har efter § 29, stk. 5, og hvornår fristen er foreløbigt afbrudt ved klage, syn og skøn eller forhandlinger. Oversigten behandler den procedurelt-fristmæssige vinkel; den substantielle dækningsdiskussion hører under produkt-topics, og urigtige oplysninger ved tegning under `oplysningspligt-fal`.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Forsikringsaftalelovens § 29, stk. 1, indeholder ingen selvstændig frist, men henviser til forældelsesloven – den almindelige frist er derfor 3 år, jf. forældelseslovens § 3, stk. 1.

02 Den 3-årige frist regnes fra det tidspunkt, hvor sikrede fik eller burde have fået kendskab til kravet, jf. forældelseslovens § 3, stk. 2 – i praksis når skaden har vist sig på en sådan måde, at der er rimelig anledning til at anmelde den.

03 Uvidenhed om forældelsesreglerne eller om dækningens eksistens er ikke undskyldelig vildfarelse og suspenderer ikke fristen.

04 En lægelig prognose om, at generne vil forsvinde af sig selv, kan udskyde kundskabstidspunktet, indtil det står klart, at skaden medfører varige følger.

05 Anmeldes skaden inden fristens udløb, indtræder forældelse tidligst 1 år efter selskabets hele eller delvise afvisning, jf. § 29, stk. 5, 1. pkt.

06 Anerkender selskabet skaden, men beder om yderligere oplysninger til opgørelsen, indtræder forældelse 3 år efter selskabets meddelelse herom, jf. § 29, stk. 5, 2. pkt.

07 Den 3-årige frist i § 29, stk. 5, 2. pkt., er efter forarbejderne absolut og kan ikke suspenderes efter forældelseslovens regler.

08 § 29, stk. 5, regulerer som udgangspunkt kun forholdet mellem forsikringstager og selskab og kan ikke uden holdepunkter påberåbes af tredjemand.

09 Forældelse virker individuelt over for hvert selskab – anmeldelse til ét selskab afbryder ikke fristen over for et andet.

10 Klage til Ankenævnet for Forsikring afbryder foreløbigt forældelsen, jf. forældelseslovens § 21, stk. 3, så forældelse indtræder tidligst 1 år efter nævnets afgørelse.

11 Begæring om syn og skøn inden fristens udløb medfører, at forældelse tidligst indtræder 1 år efter skønsforretningens afslutning, jf. forældelseslovens § 21, stk. 4.

12 Eftersynsrapporter og henvendelser til tredjemand kan ikke sidestilles med anmeldelse til selskabet.

13 Ved personskade er den absolutte frist 30 år efter den skadevoldende handlings ophør og kan ikke suspenderes; for andre krav 10 år.

14 Ved personforsikring, hvor forsikringsbegivenheden er skadens indtræden eller konstatering, indtræder forældelse senest 10 år fra ydelsen kunne kræves betalt, jf. § 29, stk. 3.

15 Ved forbrugerforsikring er § 29, stk. 1-5, ufravigelig til skade for forsikringstageren, men en anmeldelsesfrist efter forsikringens ophør på mindst 6 måneder kan aftales.

§ 1 Fra særlig 2-årsfrist til forældelseslovens almindelige regler – systemskiftet i 2007

Forsikringsaftaleloven har siden 1929 haft en forældelsesregel i § 29, men bestemmelsens indhold er ændret grundlæggende. I den oprindelige lov blev fristen fastsat efter en udtrykkelig afvejning, som forarbejderne til lovforslaget af 6. november 1929 formulerer kortfattet:

> *Da den i Kommissionsudkastet foreslaaede Forældelsesfrist af 1 Aar synes noget for kort, har man forlænget Fristen til 2 Aar.*

Indtil 1. januar 2008 lød § 29 derfor – senest i LBK nr. 999 af 5. oktober 2006 – således:

> *§ 29. Krav, der er grundede i forsikringsaftalen, forældes 2 år efter udgangen af det kalenderår, i hvilket fordringshaveren fik kundskab om kravet og om, at det er forfaldet, og i alt fald 5 år efter kravets forfaldstid. I øvrigt finder reglerne i lov nr. 274 af 22. december 1908 §§ 1-3 anvendelse.*
> *Stk. 2. Ved ansvarsforsikring, hvor selskabet hæfter umiddelbart over for skadelidte, forældes skadelidtes krav mod selskabet efter de samme regler, som gælder for skadelidtes krav mod skadevolderen.*

Denne dobbeltfrist – 2 år fra kalenderårets udgang, absolut 5 år fra forfald – forklarer de ældre kendelser. I Ankenævnets kendelse 52382 blev et krav efter et fald i februar 1995 anset for forældet **pr. 1. januar 1998**,

netop fordi fristen løb fra udgangen af det kalenderår, hvor kravet forfaldt. Tilsvarende afgjorde nævnet i 75818 og 76374 sager efter »den dagældende § 29«.

Bestemmelsen blev **nyaffattet** ved forældelsesreformen i 2007 som led i følgeloven til den nye forældelseslov. Af de almindelige bemærkninger til lovforslaget fremgår baggrunden:

> *Ved lovforslagets § 2 foreslås forsikringsaftalelovens forældelsesbestemmelser ændret. Indholdet af dette forslag bygger på et forslag fra et udvalg om revision af forsikringsaftaleloven, jf. betænkning nr. 1423/2002 om forsikringsaftaleloven. Justitsministeriets forslag til ændringer af forsikringsaftalelovens regler bygger på udvalgets lovskitse, men den nærmere udformning af forslaget er tilpasset forslaget til ny forældelseslov.*

Selve forældelsesloven byggede på **betænkning nr. 1460/2005 om revision af forældelseslovgivningen** og afløste både Danske Lov 5-14-4 og 1908-loven. Resultatet er den gældende § 29, stk. 1:

> *Krav i anledning af forsikringsaftalen forældes efter reglerne i forældelsesloven, jf. dog stk. 2-6.*

Det afgørende ved systemskiftet er, at § 29 ikke længere er en frist, men en **henvisningsregel**. Den almindelige frist findes nu i forældelseslovens § 3, stk. 1 (3 år), begyndelsestidspunktet i § 2, suspensionen i § 3, stk. 2 og de absolutte frister i § 3, stk. 3. Overgangen styres af § 30, stk. 1, hvorefter loven også gælder tidligere stiftede fordringer, der ikke var forældet ved ikrafttrædelsen – en regel nævnet udtrykkeligt anvendte i 97573 på en skade fra 1989.

Forsikringsaftaleloven er senest konsolideret i 2015, og der er ingen vedtagne, ikke-konsoliderede ændringer til § 29.

LOV Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 1 · Forældelsesloven § 2 · Forældelsesloven § 3, stk. 1-3 · Forældelsesloven § 30, stk. 1

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · 30-årig absolut forældelse af krav på tandbehandling efter voldeligt overfald i 1989	06.04.2022
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse vedrørende afvisning af ulykkesforsikringsdækning for skulderskade	15.03.2010
Ankenævnet for Forsikring · Forældelse af knæskade: Uenighed om starttidspunkt for forældelsesfrist	30.11.2009
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af ulykkesforsikring pga. forældelse af krav	11.09.2000

§ 2 Kundskabstidspunktet: hvornår begynder 3-årsfristen at løbe?

Kernen i næsten enhver § 29-tvist er suspensionsreglen i forældelseslovens § 3, stk. 2:

> *Var fordringshaveren ubekendt med fordringen eller skyldneren, regnes forældelsesfristen i stk. 1 først fra den dag, da fordringshaveren fik eller burde have fået kendskab hertil.*

Ankenævnet formulerer standarden operationelt: fristen løber fra det tidspunkt, hvor **skaden har vist sig på en sådan måde, at der er rimelig anledning til at anmelde den**. Formuleringen bruges direkte i 100601.

Praksis viser, at det er de **objektive holdepunkter** – ikke klagerens subjektive sikkerhed om skadens endelige omfang – der udløser fristen:

Kendelse	Skadetype	Kundskabstidspunkt fastsat til	Udfald

100601 (2024)	Hundebid under tjenstlig øvelse	Anmeldelsen til (selvforsikret) arbejdsgiver 15/5 2018	Forældet
86448 (2014)	Kritisk sygdom (kræft)	Diagnosen september 2010	Forældet
102580 (2025)	Kritisk sygdom (urinrørskræft)	Henvisning 6/3 2020 og operation 26/3 2020	Forældet
101000 (2024)	Byggeskade (murværksfuger)	Modtagelsen af egen ingeniørrapport 12/6 2020	Forældet (med én dag)
101204 (2024)	Byggeskade (sætningsskade)	1-årseftersynsrapporten 3/9 2018	Forældet
75818 (2009)	Knæskade	2007 – ikke lægeundersøgelsen i 2005	**Ikke** forældet

Det mest lærerige eksempel på fristens ubønhørlighed er 101000, hvor en boligejer anmeldte **én dag for sent**. Klageren gjorde gældende, at fristen først skulle løbe fra maj 2023, da han først dér fik vished for skadens kritiske karakter. Nævnet afviste:

> *Klageren har ved ingeniørens rapport af 10/6 2020 fået kendskab til de væsentligste skadeforhold ved murværket, som udgør grundlaget for hans skadeanmeldelse... På den baggrund udløb den 3-årige forældelsesfrist senest mandag den 12/6 2023.*

Modsat viser 75818, at en **lægelig prognose om spontan helbredelse** kan udskyde kundskabstidspunktet. Epikrisen fra 2005 lød:

> *Jeg finder ikke nogen tegn til meniskskader og heller ikke nogen løshed sv.t. korsbåndsskader. Mest tyder det på, at der har været en påvirking af brusken efter dette spring i badminton. Det vil kunne tage lang tid, men jeg går ud fra, at det falder til ro af sig selv.*

Nævnet fandt det herefter »betænkeligt« at fastslå, at klageren før 2007 havde kundskab om et muligt krav, og pålagde selskabet at anerkende, at knæskaden ikke var forældet. Sondringen er altså: *vedvarende gener med udsigt til varige følger* starter fristen – *gener med lægelig forventning om spontan bedring* gør det ikke.

To yderligere principper fremgår af praksis. For det første virker forældelse **individuelt over for hvert selskab**: i 100601 præciserede nævnet, at en anmeldelse til arbejdsskadeforsikringen ikke automatisk afbryder forældelsen over for den private ulykkesforsikring. For det andet kan **henvendelser til tredjemand** ikke sidestilles med anmeldelse: i 101000 kunne dialog med entreprenøren om udbedring ikke suspendere forældelsen over for forsikringsselskabet, og i 101204 fandt nævnet, at omtalen af revnerne i eftersynsrapporten ikke kunne sidestilles med en anmeldelse til selskabet.

Se også 95282, 101136, 97427 og 97590, der følger samme mønster.

LOV `Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 1` `Forældelsesloven § 3, stk. 1, 2`

PRAKSIS

- **Ankenævnet for Forsikring** · Afslag på udbetaling ved kritisk sygdom grundet forældelse – Tvist om forældelsesfristens begyndelsestidspunkt og undskyldelig uvidenhed — 23.04.2025
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning for sætningsskade grundet forældelse — 11.12.2024
- **Ankenævnet for Forsikring** · Forældelse af krav på ulykkesforsikring efter seks år: Hvornår begynder forældelsesfristen at løbe? — 09.10.2024
- **Ankenævnet for Forsikring** · Forældelse af krav på byggeskadeforsikring vedrørende smuldrende murværksfuger — 12.06.2024

Ankenævnet for Forsikring · Forældelse af krav efter ulykkestilfælde ved hundebid under tjenstlig øvelse	24.01.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afvist dækning af afløbsledning med bagfald under ejerskifteforsikring grundet manglende bevis for oprindelig skade	31.08.2022
Ankenævnet for Forsikring · Sag om forældelse af krav på yderligere méngodtgørelse efter arbejdsulykke	17.08.2022
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af ulykkesforsikringskrav grundet forældelse	21.10.2020
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse vedrørende afvist dækning for kritisk sygdom på grund af forældelse	17.12.2014
Ankenævnet for Forsikring · Forældelse af knæskade: Uenighed om starttidspunkt for forældelsesfrist	30.11.2009

§ 3 Suspension kræver undskyldelig vildfarelse – ikke uvidenhed om reglerne

Suspension efter forældelseslovens § 3, stk. 2 forudsætter uvidenhed om **fordringen**, ikke om **retsreglerne**. Praksis er her meget konsekvent, og bevisbyrden ligger hos den sikrede.

I 102580 havde en forsikret fået fjernet en tumor i urinrøret i marts 2020, men anmeldte først kravet på 150.000 kr. til PFA Pension den 16. september 2024, efter at en bekendt havde gjort ham opmærksom på dækningen. Han påberåbte sig, at han aldrig havde modtaget informationsbrev fra Sundhedsdatastyrelsen (fordi hospitalet havde brugt en »obs-diagnose«), og at PFA's hjemmeside ikke oplyste om 3-årsfristen. Nævnet afviste:

> *Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klagerens eventuelle krav var forældet, da han anmeldte sygdommen til selskabet den 16. september 2024. Nævnet finder, at klageren ikke har bevist, at han var i en undskyldelig vildfarelse, og at der ikke er indtrådt suspension af forældelsesfristen.*

Nævnet bemærkede særskilt, at den manglende meddelelse fra Sundhedsdatastyrelsen var en **service fra en offentlig myndighed, som selskabet ikke havde ansvar for**, og at klageren havde modtaget pensionsbevis og vilkår, der beskrev dækningen.

Samme resultat i 100601: at klageren først efter Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings afgørelse i december 2022 blev sikker på méngradens størrelse, og at han ikke kendte de juridiske regler om forældelse, kunne ikke føre til suspension.

Det klassiske – og ældste – udtryk for princippet findes i 52382, hvor nævnet under den dagældende 2-årsregel fastslog:

> *Det forhold, at klagerens læge måtte have udtalt, at personskader ikke kan forældes, kan ikke forpligte selskabet.*

I 86448 forsøgte klageren at godtgøre, at hun havde ringet til Industriens Pension allerede i 2010. Nævnet lagde til grund:

> *Efter en gennemgang af sagen lægger nævnet til grund, at klagerens sygdom blev diagnosticeret i september 2010, hvor hun tillige har fået kendskab til sygdommen og dermed sit eventuelle krav mod selskabet.*

og videre:

> *Som sagen er oplyst, finder nævnet det ikke bevist, at klagerens krav blev anmeldt til selskabet før april/maj 2014. Da kravet var forældet på dette tidspunkt, kan nævnet ikke kritisere selskabets afslag på at yde forsikringsdækning.*

Kendelsen illustrerer, at **bevisbyrden for rettidig anmeldelse påhviler sikrede**, og at et selskabs dokumenterede notatpraksis kan være afgørende. Samme bevistema – og samme udfald – ses i 102852, hvor klageren bestred at have modtaget selskabets anerkendelsesbrev fra 2011; nævnet lagde vægt på, at selskabet ikke havde fået brevet retur, og at klageren ikke havde reageret på den manglende opfølgning i årene efter.

Endelig viser 103402, at **egne tidligere udsagn binder**: forsikringstageren angav ved online-anmeldelsen, at skimmelsvampen blev opdaget i maj 2020, og forklarede senere, at det var en tastefejl for 2023. Selskabet kunne dokumentere korrespondance fra 29. marts 2020, hvor forsikringstageren selv beskrev og fotograferede skimmelvæksten på undertaget. Nævnet fandt kravet forældet.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 1 · Forældelsesloven § 3, stk. 2	
PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Forældelse af krav om dækning for skimmelsvamp: Tvist om opdagelsestidspunkt	20.08.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Tvist om forældelse af krav på ménerstatning 13 år efter ulykkestilfælde	06.08.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på udbetaling ved kritisk sygdom grundet forældelse – Tvist om forældelsesfristens begyndelsestidspunkt og undskyldelig uvidenhed	23.04.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Forældelse af krav efter ulykkestilfælde ved hundebid under tjenstlig øvelse	24.01.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse vedrørende afvist dækning for kritisk sygdom på grund af forældelse	17.12.2014
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af ulykkesforsikring pga. forældelse af krav	11.09.2000

§ 4 § 29, stk. 5: anmeldelsens fristforlængende virkning

Den centrale særregel i forsikringsaftaleloven er § 29, stk. 5, der knytter to forskellige tillægsfrister til en rettidig anmeldelse:

> *Er en skade inden forældelsesfristens udløb anmeldt til selskabet, indtræder forældelse af krav, som skaden giver anledning til, tidligst 1 år efter selskabets meddelelse om, at det helt eller delvis afviser kravet. Hvis selskabet anerkender, at der foreligger en dækningsberettiget skade, men anmoder om yderligere oplysninger med henblik på opgørelse af kravets størrelse, indtræder forældelse 3 år efter selskabets meddelelse herom.*

Strukturen er altså **to spor afhængigt af selskabets reaktion**:

- **Afvisning (1. pkt.)** – helt eller delvis afvisning udløser en tillægsfrist på **1 år** fra meddelelsen. Fristen er en *mindstefrist* (»tidligst«), så den almindelige 3-årsfrist løber uafhængigt sideløbende.
- **Anerkendelse med anmodning om oplysninger (2. pkt.)** – udløser en frist på **3 år** fra meddelelsen. Her er ordlyden ikke »tidligst«, men »indtræder forældelse 3 år efter«.

Begge spor forudsætter, at skaden er anmeldt **inden** den almindelige frists udløb. Er anmeldelsen for sen, er stk. 5 uden betydning – det er netop derfor, sager som 101000 og 102580 afgøres alene på kundskabstidspunktet.

I 103402 anvendte nævnet begge lag i sammenhæng og konkluderede, at **både den almindelige 3-årsfrist og den 1-årige tillægsfrist efter afvisning** var udløbet længe før sagens indbringelse den 11. april 2025. Kendelsen viser, at en tidligere udbetaling på 50.000 kr. i samme sagskompleks ikke i sig selv ændrer fristberegningen.

Anvendelsesområdet for 2. pkt. er præciseret i 102852. Klageren brækkede kravebenet den 1. juli 2011, anmeldte skaden 10. juli 2011, og selskabet svarede den 11. juli 2011 med anerkendelse og besked om at vende

tilbage inden for to år ved mistanke om varigt mén. Han henvendte sig først igen den 3. juni 2024 – knap 13 år senere – med henvisning til lægelig litteratur om, at komplikationer efter kravebensbrud kan vise sig 15-20 år efter. Nævnet udtalte:

> *Nævnet finder på denne baggrund, at den 3-årige frist i forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, 2. pkt., senest løber fra selskabets brev den 11/7 2011. Nævnet finder derfor, at klagerens eventuelle krav også efter denne regel var forældet på tidspunktet for klagerens henvendelse til selskabet den 3/6 2024.*

Selskabets **anerkendelsesbrev med anmodning om senere status er altså selve fristudløseren** efter 2. pkt. Det er en vigtig praktisk pointe: den forsikrede, der loyalt afventer en stationærtilstand, taber kravet, hvis der går mere end tre år fra selskabets brev.

Se tillige 102246, hvor § 29, stk. 5, og § 24 blev anvendt i en sag om ménerstatning efter meniskskade sammenholdt med spørgsmålet om vildledende information fra selskabet.

LOV Forsikringsaftaleloven § 24, stk. 1 · Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 5 · Forældelsesloven § 3, stk. 1, 2

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Forældelse af krav om dækning for skimmelsvamp: Tvist om opdagelsestidspunkt	20.08.2025
Ankenævnet for Forsikring · Tvist om forældelse af krav på ménerstatning 13 år efter ulykkestilfælde	06.08.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på udbetaling ved kritisk sygdom grundet forældelse – Tvist om forældelsesfristens begyndelsestidspunkt og undskyldelig uvidenhed	23.04.2025
Ankenævnet for Forsikring · Forældelse af krav om ménerstatning efter meniskskade – Vildledende information fra forsikringsselskab	19.02.2025
Ankenævnet for Forsikring · Forældelse af krav på byggeskadeforsikring vedrørende smuldrende murværksfuger	12.06.2024

§ 5 Den 3-årige frist i § 29, stk. 5, 2. pkt., er absolut og kan ikke suspenderes

Et af de mest konsekvensrige træk ved § 29, stk. 5, 2. pkt., er, at fristen **ikke** kan suspenderes efter forældelseslovens almindelige regler. Det følger af forarbejderne og er fastslået udtrykkeligt i praksis.

Den ledende kendelse er 97801. En forsikringstager pådrog sig en knæskade den 11. september 2016 og anmeldte den 24. januar 2017. Codan anerkendte samme dag skaden og skrev, at man erfaringsmæssigt vurderer varigt mén ca. et år efter ulykken, og bad klageren vende tilbage på dette tidspunkt. Klageren gjorde gældende, at selskabets sagsbehandler i en telefonsamtale den 20. juni 2017 havde opfordret ham til at fortsætte genoptræningen, indtil knæet var stabiliseret – og at dette udgjorde en aftale om suspension. Han fremlagde en støtteerklæring fra sin fysioterapeut. Nævnet udtalte:

> *I forarbejderne til denne bestemmelse [...] er det præciseret, at den 3-årige frist i § 29, stk. 5, 2. punktum er absolut og således ikke kan suspenderes efter reglerne i forældelsesloven.*

Da anerkendelsesbrevet var dateret 24. januar 2017, udløb fristen 24. januar 2020, og anmodningen om ménberegning den 27. marts 2020 var for sen. Nævnet fandt det heller ikke bevist, at selskabet havde givet afkald på at gøre forældelse gældende.

Pointen er dobbelt og har betydelig praktisk rækkevidde:

1. **Et igangværende genoptrænings- eller behandlingsforløb suspenderer ikke fristen.** Sikrede skal aktivt sikre sig inden for 3-årsfristen, uanset at det medicinsk kan forekomme for tidligt at opgøre kravet.
2. **En sagsbehandlers mundtlige opfordring til at afvente er ikke i sig selv et afkald på forældelsesindsigelsen.** Der kræves bevis for en egentlig aftale.

102852 bekræfter linjen og tilføjer en modifikation: nævnet henviste til forældelseslovens § 3, stk. 1, hvorefter **en væsentlig forværring af skadesfølgerne kan udløse en ny 3-årig frist**. Der var dog i den sag ingen holdepunkter for en sådan klinisk forværring inden for de tre år op til henvendelsen i 2024. Samme betragtning findes i 101204, hvor nævnet afviste suspension, fordi der ikke forelå oplysninger om **væsentlig forværring** af revnedannelserne eller nye oplysninger om en skjult årsag.

Døren til en ny frist står altså på klem ved en dokumenteret, væsentlig forværring – men den åbnes ikke af, at skadens omfang blot bliver klarere.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 5 · Forældelsesloven § 3, stk. 1, 2	
PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Tvist om forældelse af krav på ménerstatning 13 år efter ulykkestilfælde	06.08.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for sætningsskade grundet forældelse	11.12.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Forældelse af krav på ménerstatning trods igangværende genoptræningsforløb	28.09.2022

§ 6 § 29, stk. 5, gælder kun mellem forsikringstager og selskab – tredjemands retsstilling

Et principielt spørgsmål er, om andre end forsikringstageren kan påberåbe sig den fristforlængende virkning af en anmeldelse. Højesteret har afgrænset bestemmelsen snævert.

Det centrale udsagn er gengivet i BS-27352/2019-HJR, hvor Højesteret refererer sin egen dom af 23. januar 2018 (**U.2018.1506 H**):

> *under henvisning til, at forsikringsaftaleloven som udgangspunkt tager sigte på at regulere forholdet mellem forsikringstager og forsikringsselskab, må § 29, stk. 5, forstås således, at bestemmelsen, medmindre der er holdepunkter for andet, alene angår forholdet mellem forsikringstager og forsikringsselskabet.*

Sagen selv illustrerer konsekvensen. 756 kartoner cigaretter blev stjålet under transport ved Køge den 19. september 2011. Transportøren Kazemier underrettede sit forsikringsselskab HDI-Gerling dagen efter. Da Kazemier gik konkurs den 18. september 2012, indtrådte British American Tobacco i transportørens ret mod selskabet efter FAL § 95, stk. 2. Sø- og Handelsretten fandt den 6. juni 2019, at 3-årsfristen løb fra skadens indtræden og udløb den 19. september 2014, og at **BAT ikke kunne støtte ret på Kazemiers oprindelige anmeldelse** – altså ikke kunne påberåbe sig § 29, stk. 5. Højesteret afviste springanken, jf. retsplejelovens § 368, stk. 4:

> *Den indankede dom angår navnlig spørgsmål om lovvalg og forældelse. Højesteret finder, at betingelserne for anke til Højesteret ikke er opfyldt, jf. retsplejelovens § 368, stk. 4, 2. pkt.*

BAT havde under sagen advaret om, at usikkerhed om forældelsens afgrænsning kunne føre til, at et stort antal skadelidte anlægger overflødige retssager alene for at afbryde forældelse – en indvending, der ikke ændrede admitteringsvurderingen.

Højesteret vendte tilbage til feltet i BS-28670/2021-HJR af 24. februar 2022, der efter sin titel angår **skadelidtes indtræden i sikredes forældelsesretlige stilling** efter FAL § 95, stk. 2, sammenholdt med § 29, stk. 5 og forældelseslovens § 3, stk. 1. Kernen er, at skadelidte indtræder i den stilling, sikrede havde – hverken bedre eller ringere.

Rækkevidden af § 29, stk. 5, var også temaet i Sag 223/2017 af 29. maj 2018 om forældelse af erstatningskrav mod ejendomsmæglere, hvor Højesteret fortolkede § 29, stk. 5 sammenholdt med stk. 1 og forældelseslovens § 3, stk. 2 i en sag om professionelt ansvar og ansvarsforsikring.

Lovgiver har dog selv skabt én beskyttelse for skadelidte i § 29, stk. 4:

> *Hvis en skadelidt inden udløbet af forældelsesfristen for et krav mod en sikret indtræder i den sikredes ret imod selskabet i medfør af § 95, forældes skadelidtes krav mod selskabet tidligst 1 år efter indtrædelsen.*

Denne mindstefrist på 1 år fra indtrædelsen er skadelidtes selvstændige værn – men den forudsætter, at indtrædelsen sker **inden** forældelsesfristen for kravet mod sikrede er udløbet. Bemærk, at retsstillingen har ændret sig markant siden den før-2008-gældende § 29, stk. 2, hvorefter skadelidtes krav mod selskabet ved direkte hæftelse forældedes »efter de samme regler, som gælder for skadelidtes krav mod skadevolderen«.

LOV Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 4, 5 · Forsikringsaftaleloven § 95, stk. 2 · Forældelsesloven § 3, stk. 1, 2 · Retsplejeloven § 368, stk. 4

PRAKSIS
- **Højesteret** · Højesterets afgørelse om skadelidtes indtræden i sikredes forældelsesretlige stilling efter Forsikringsaftalelovens § 95, stk. 2 — 24.02.2022
- **Højesteret** · Højesterets afvisning af direkte anke fra Sø- og Handelsretten i sag om forsikringskrav og forældelse — 04.12.2019
- **Højesteret** · Forældelse af erstatningskrav mod ejendomsmæglere: Fortolkning af forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5 — 29.05.2018

§ 7 Afbrydelse: klage til Ankenævnet, syn og skøn og forhandlinger

Forsikringsaftaleloven indeholder ingen afbrydelsesregler. De findes udelukkende i forældelsesloven, og for forsikringskrav er § 21 om **foreløbig afbrydelse** den praktisk vigtigste. Den opererer med et fælles skema: en kvalificeret handling inden fristens udløb medfører, at forældelse »tidligst indtræder 1 år efter« et nærmere angivet sluttidspunkt.

Klage til Ankenævnet for Forsikring er hjemlet i § 21, stk. 3:

> *Indbringes en tvist inden forældelsesfristens udløb for et privat klagenævn, ankenævn eller lignende, gælder stk. 2, 1. og 2. pkt., tilsvarende.*

Henvisningen til stk. 2 betyder, at forældelse indtræder **tidligst 1 år efter, at nævnet har givet meddelelse om sin afgørelse** – og at dette gælder, uanset om kravet gøres gældende af den, der har indbragt sagen, eller af modparten. Bestemmelsen forklarer, hvorfor nævnet i sine kendelser konsekvent måler forældelsen på tidspunktet for **sagens indbringelse**: i 101204 fremhævede nævnet således, at klageren anmeldte forholdet

2. oktober 2023 og indbragte sagen den 19. februar 2024, og at kravet allerede da var forældet; i 103402 var fristerne udløbet »længe før sagens indbringelse den 11. april 2025«. Er kravet derimod levende ved indbringelsen, køber klagen sikrede en ny etårig frist fra kendelsen – men **ikke længere end det**. Vil man videre, må sag anlægges inden årets udløb.

Syn og skøn afbryder efter § 21, stk. 4. Ankenævnet gav i 96994 en boligejergruppe udtrykkelig vejledning herom ved afslutningen af en byggeskadesag:

> *Nævnet bemærker, at forældelse tidligst indtræder 1 år efter skønsforretningens afslutning, hvis begæringen om syn og skøn er fremsat inden forældelsesfristens udløb, jf. Forældelsesloven § 21, stk. 4.*

Kendelsen er også instruktiv, fordi den viser samspillet mellem nævnsbehandling og domstolsbehandling: nævnet afsluttede klagesagen i sin helhed og henviste klagerne til at indgive **en ny klage**, når syn og skønnet ved retten var afsluttet.

Forhandlinger afbryder efter § 21, stk. 5, hvorefter forældelse indtræder tidligst 1 år efter, at forhandlingerne må anses for afsluttet. Bestemmelsen var i spil i Højesterets sag BS-12529/2018-HJR af 18. december 2018 om **foreløbig afbrydelse af forældelse ved genoptagelse af en skadesag om senfølger**, hvor § 21, stk. 5, blev sammenholdt med FAL § 29, stk. 5 og erstatningsansvarslovens § 11 om genoptagelse.

Administrativ behandling afbryder efter § 21, stk. 2. Mekanikken er illustreret i BS-4580/2022-OLR af 2. marts 2023 om forældelse af krav på erhvervsevnetab efter arbejdsskade, hvor landsretten anvendte § 3, stk. 1 og 2 sammen med § 21, stk. 2, og arbejdsskadesikringslovens særregler.

Et væsentligt kendetegn ved **foreløbig** afbrydelse er, at den kun giver en tillægsfrist – ikke en ny fuld frist. Det ses tydeligt i Finansielle Ankenævns kendelse 474/2022, hvor anmeldelse i et konkursbo kun afbrød foreløbigt i **1 år efter boets afslutning**, jf. § 20, stk. 4. Samme kendelse fastslår, at praktiske vanskeligheder ved retsforfølgning i udlandet ikke er en »hindring« i § 14's forstand – en betragtning der har direkte overførselsværdi til forsikringsområdet: **besvær er ikke suspensionsgrund**.

Bemærk endelig, at § 21, stk. 2, 3. pkt. er ændret ved lov nr. 1553 af 12. december 2023, hvor »Ombudsmandens udtalelse« ændres til »ombudsmandens afslutning af sagen«, så tillægsfristen gælder, uanset hvordan ombudsmanden afslutter sagen. Ændringen er endnu ikke konsolideret ind i den offentliggjorte lovtekst.

LOV Erstatningsansvarsloven § 11 · Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 5 · Forældelsesloven § 14, stk. 1 · Forældelsesloven § 20, stk. 4 · Forældelsesloven § 21, stk. 2-5

PRAKSIS

Højesteret	Foreløbig afbrydelse af forældelse ved genoptagelse af skadesag om senfølger	18.12.2018
Landsretten	Landsretten stadfæster byrettens dom i sag om forældelse af krav på erhvervsevnetab efter arbejdsskade	02.03.2023
Ankenævnet for Forsikring	Forældelse af krav om dækning for skimmelsvamp: Tvist om opdagelsestidspunkt	20.08.2025
Ankenævnet for Forsikring	Afvisning af dækning for sætningsskade grundet forældelse	11.12.2024
Ankenævnet for Forsikring	Sag om byggeskadeforsikring: Afslag på dækning af udgifter til juridisk bistand og syn og skøn	28.09.2022
Det finansielle ankenævn	Hvidbjerg Bank taber sag om forældelse af lån: Bopæl i Tyrkiet var ikke en hindring for afbrydelse	22.08.2023

§ 8 Aftalt suspension og selskabets egne tilsagn

Ud over lovens afbrydelsesregler kan parterne aftale, at forældelse ikke gøres gældende – en **suspensionsaftale**. Det er en praktisk vigtig figur i skadesager, hvor opgørelsen trækker ud, men bevisbyrden for aftalens eksistens og rækkevidde er reel.

Højesteret behandlede spørgsmålet i Sag 92/2012 af 17. juni 2013 om forældelse af erstatningskrav efter en trafikulykke og **stiltiende accept af en suspensionsaftale**, med erstatningsansvarslovens § 7, stk. 2 i spil. At Højesteret overhovedet opererer med stiltiende accept viser, at en suspensionsaftale ikke behøver være udtrykkelig – men det forudsætter et konkret aftalegrundlag, ikke blot passivitet.

Tilsvarende i BS-554/2006-HJR af 28. januar 2008 om forældelse af erstatningskrav mod en advokat og **fortolkning af en suspensionsaftale** – sagen viser, at tvisten typisk ikke er, *om* der er indgået en aftale, men *hvor langt* den rækker.

På forsikringsområdet er Ankenævnets linje restriktiv. I 97801 var det ikke tilstrækkeligt, at:

- selskabets sagsbehandler efter klagerens forklaring havde opfordret ham til at fortsætte genoptræningen, indtil knæet var stabiliseret,
- klagerens fysioterapeut afgav en støtteerklæring om, at der var indgået en aftale om at afvente genoptræningens resultat,
- klageren hævdede at have ringet til selskabet den 28. oktober 2019 (ikke registreret i skadesystemet),
- selskabet ikke eksplicit havde oplyst om 3-årsfristen i breve eller samtaler.

Nævnet fandt, at samtalen den 20. juni 2017 vedrørte bevilling af yderligere fysioterapibehandlinger, og at der ikke var ført bevis for en bindende aftale, der kunne tilsidesætte den **absolutte** lovbestemte frist. Kombinationen er værd at bemærke: når fristen i § 29, stk. 5, 2. pkt., efter forarbejderne ikke kan suspenderes, kræver et gyldigt afkald tilsvarende klarere holdepunkter.

Selskabets **egne udsagn om dækningens omfang** frigør heller ikke fra fristerne. I 97573 havde selskabet i 2015 skrevet til en voldsramt, at det ikke kunne begrænse dækningen til »én endelig behandling«, jf. FAL § 120. Klageren opfattede det som et tilsagn om altid at kunne vende tilbage. Nævnet fandt, at oplysningen ikke kunne tilsidesætte de lovbestemte forældelsesregler.

Spørgsmålet om **vildledende information fra selskabet** er selvstændigt behandlet i 102246 af 19. februar 2025 om forældelse af krav på ménerstatning efter meniskskade, hvor § 29, stk. 5 og § 24 blev holdt op mod forældelseslovens §§ 2 og 3.

Endelig viser Finansielle Ankenævns kendelse 404/2018, at man ikke kan reparere en forældet forsikringssag ved i stedet at rette et rådgivningskrav mod formidleren: en arbejdsskade fra januar 1993 blev først anmeldt til forsikringsselskabet i oktober 2018 og afvist under henvisning til den absolutte 10-årsfrist, og det efterfølgende erstatningskrav mod banken var **selv** forældet efter forældelseslovens § 3, stk. 3, da der var gået over 24 år siden den påståede fejlrådgivning i 1994. Nævnet fandt desuden, at det forhold, at forsikringen var tegnet via banken, ikke i sig selv skabte en pligt for banken til at rådgive om anmeldelse af en konkret skade.

LOV `Erstatningsansvarsloven § 7, stk. 2` `Forsikringsaftaleloven § 24, stk. 1` `Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 5` `Forsikringsaftaleloven § 120` `Forældelsesloven § 3, stk. 3`

PRAKSIS **Højesteret** · Højesteretsdom om forældelse af erstatningskrav efter trafikulykke og stiltiende accept af suspensionsaftale 17.06.2013

Højesteret · Højesterets afgørelse om forældelse af erstatningskrav mod advokat og fortolkning af suspensionsaftale 28.01.2008

Ankenævnet for Forsikring · Forældelse af krav om ménerstatning efter meniskskade – Vildledende information fra forsikringsselskab 19.02.2025

Ankenævnet for Forsikring · Forældelse af krav på ménerstatning trods igangværende genoptræningsforløb 28.09.2022

Ankenævnet for Forsikring · 30-årig absolut forældelse af krav på tandbehandling efter voldeligt overfald i 1989 06.04.2022

Det finansielle ankenævn · Erstatningskrav mod bank for mangelfuld rådgivning om anmeldelse af ulykkesforsikring efter arbejdsulykke 27.06.2019

§ 9 De absolutte frister: 30 år, 10 år og personforsikringens særregel i § 29, stk. 3

Bag den 3-årige frist ligger de absolutte frister i forældelseslovens § 3, stk. 3, som **ikke kan suspenderes** efter stk. 2:

Fordringstype	Absolut frist	Regnet fra
Erstatning/godtgørelse for personskade og visse forureningsskader	30 år	Den skadevoldende handlings ophør
Erstatning for skade forvoldt uden for kontraktforhold (øvrige)	10 år	Den skadevoldende handlings ophør
Andre fordringer	10 år	Begyndelsestidspunktet efter § 2

30-årsfristen blev afgørende i 97573. En forsikringstager fik i foråret 1989 knust tænder ved et voldeligt overfald. Selskabet anerkendte skaden og dækkede den oprindelige implantatbehandling, og dækkede igen i 2015, da et implantat løsnede sig. Da klageren i august 2021 anmeldte et nyt behandlingskrav, afviste selskabet. Nævnet gav selskabet medhold: kravet var en fordring på erstatning i anledning af personskade, og efter FAL § 29, stk. 1, jf. forældelseslovens § 3, stk. 3, nr. 1, indtrådte forældelse senest 30 år efter den skadevoldende handlings ophør – altså i 2019. At forældelsesloven også gælder ældre fordringer følger af § 30, stk. 1. Kendelsen understreger, at **30-årsfristen er absolut og uden suspensionsmulighed**, selv ved alvorlige skader der udvikler sig over tid, og selv for et voldsoffer.

10-årsfristen for »andre fordringer«, jf. § 3, stk. 3, nr. 4, ses i 91953. En landmand flyttede i 2008 sine forsikringer til Tryg, men den gamle indboforsikring blev aldrig opsagt, og han betalte dobbelt præmie frem til november 2017. Nævnet lagde til grund, at en eventuel misligholdelse af en aftale om opsigelse senest var indtrådt ved den nye forsikrings ikrafttræden, jf. § 2, stk. 3:

> *Nævnet finder, at selskabets misligholdelse af en eventuel aftale om opsigelse af klagerens eksisterende forsikringer senest fandt sted den 10/1 2008, da forsikringen i selskabet trådte i kraft. Den absolutte forældelsesfrist for hele klagerens krav skal derfor regnes fra den 10/1 2008.*

Klagen indgivet 13. februar 2018 var derfor for sen – **uanset om der var begået en fejl**. Kendelsen viser, at den absolutte frist regnes fra misligholdelsen, ikke fra opdagelsen, og at et krav kan dø, længe før det opdages. Samme mekanik ramte rådgivningskravet i 404/2018.

Oven på dette lægger forsikringsaftaleloven én **selvstændig** absolut frist i § 29, stk. 3:

> *Ved personforsikring, hvor forsikringsbegivenheden er skadens indtræden eller konstatering, indtræder forældelse af krav på forsikringsydelsen senest 10 år fra den dag, da ydelsen kunne kræves betalt, jf. dog forældelseslovens § 8, 1. pkt.*

Bestemmelsen afskærer altså den 30-årige personskadefrist for denne type personforsikring og erstatter den med 10 år regnet fra betalingstidspunktet efter § 24, stk. 1. Det er præcis den konstruktion, forsikringsvilkårene i 86448 spejlede: krav bortfalder 3 år efter, forsikrede fik viden om forsikringsbegivenheden, »dog senest 10 år efter, forsikringsbegivenheden indtrådte, uanset forsikredes viden«.

§ 29, stk. 2 er en teknisk, men vigtig præcisering: forældelseslovens § 2, stk. 2 om løbedage finder **ikke** anvendelse, hvor betalingsfristen fastsættes efter FAL § 24, stk. 1. Uden reglen ville de 14 dage i § 24 selvstændigt udskyde fristens begyndelse.

Endelig gælder for overgangsperioden § 30, stk. 1, at forældelse tidligst indtrådte den 1. januar 2011, medmindre fordringen inden da ville være forældet både efter nye og gamle regler – se Finansielle Ankenævns kendelse 501/2008, hvor forældelsesfristen for et krav knyttet til en gruppelivsforsikring blev regnet fra dødsfaldet i 2008, jf. § 30, stk. 1, og kravet derfor ikke var forældet.

Bemærk, at forældelseslovens § 3 ved lov nr. 140 af 28. februar 2018 er tilføjet et **stk. 5**, hvorefter krav, der udspringer af en forvaltningsmyndigheds tilsidesættelse af lovbestemte forpligtelser over for en person under 18 år i forbindelse med overgreb, ikke forældes. Ændringen trådte i kraft 1. april 2018, men er endnu ikke konsolideret ind i den offentliggjorte lovtekst.

LOV `Forsikringsaftaleloven § 24, stk. 1` `Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 2, 3` `Forældelsesloven § 2, stk. 2, 3` `Forældelsesloven § 3, stk. 3` `Forældelsesloven § 30, stk. 1`

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · 30-årig absolut forældelse af krav på tandbehandling efter voldeligt overfald i 1989	06.04.2022
Ankenævnet for Forsikring · Krav om tilbagebetaling af præmie ved dobbeltforsikring afvist som følge af 10-årig absolut forældelse	07.11.2018
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse vedrørende afvist dækning for kritisk sygdom på grund af forældelse	17.12.2014
Det finansielle ankenævn · Erstatningskrav mod bank for mangelfuld rådgivning om anmeldelse af ulykkesforsikring efter arbejdsulykke	27.06.2019
Det finansielle ankenævn · Erstatningsansvar ved manglende ekspedition af begunstigelseserklæring til gruppelivsforsikring	29.09.2009

§ 10 Anmeldelsespligten i § 21 er ikke en forældelsesregel

En hyppig kilde til forvirring – også i parternes argumentation – er forholdet mellem **forældelse** efter § 29 og **anmeldelsespligten** efter § 21, stk. 1:

> *Er forsikringsbegivenheden indtrådt, skal den sikrede uden ophold give selskabet meddelelse derom, hvis han i den anledning vil rejse krav mod dette.*

De to regler har helt forskellig funktion og forskellig retsvirkning:

- **§ 29** er en forældelsesregel: kravet **bortfalder** ved fristens udløb, uanset selskabets stilling.
-

§ 21 er en biforpligtelse: tilsidesættelse medfører efter stk. 2 alene, at selskabet »ikke er ansvarlig i videre omfang, end det ville have været, hvis sådan meddelelse var givet«. Sanktionen er altså en **konkret afkortning efter et årsagskrav**, ikke et automatisk bortfald. Efter stk. 4 kan strengere følger som hovedregel ikke aftales med retsvirkning.

I 101204 påberåbte Garantifonden for skadesforsikringsselskaber (v/Sedgwick, efter Qudos Insurances konkurs) sig **begge** regler: at kravet var forældet efter 3-årsfristen, og at det påhvilede forsikringstageren at anmelde skaden uden ugrundet ophold, jf. § 21, stk. 1. Nævnet afgjorde sagen alene på forældelse – kundskabet forelå senest ved 1-årseftersynsrapporten af 3. september 2018, og anmeldelsen skete først 2. oktober 2023.

Den praktiske pointe er, at **§ 21 ikke redder en for sen anmeldelse, og § 29 ikke straffer en langsom en**: en anmeldelse, der er sket inden for 3-årsfristen, men ikke »uden ophold«, kan alene mødes med § 21-afkortning i det omfang selskabet konkret er blevet afskåret fra at oplyse ansvarsbegrænsende omstændigheder.

Hertil kommer den aftalte **afløbsfrist** i § 29, stk. 6, som er en tredje og selvstændig figur:

> *Ved forbrugerforsikring kan stk. 1-5 ikke ved forudgående aftale fraviges til skade for forsikringstageren eller sikrede. Det kan dog aftales, at en forsikring alene dækker skader anmeldt inden for en nærmere angivet frist efter forsikringens ophør. Fristen må ikke være kortere end 6 måneder.*

Bestemmelsen indeholder både en **præceptivitetsregel** (ufravigelig i forbrugerforhold) og en undtagelse, der tillader aftalte anmeldelsesfrister efter forsikringens ophør med et gulv på 6 måneder. Sådanne afløbsfrister er reguleret i særlovgivningen på flere områder – fx bestemmer bekendtgørelse om forsikringspligtens gennemførelse § 9, at forsikringen dækker skader anmeldt til Patienterstatningen senest 3 år efter forsikringens ophør, med pligt til at tegne afløbsdækning inden forældelse indtræder. På stormfaldsområdet fastsætter bekendtgørelse om minimumsbetingelser for forsikringsselskabers tegning af basisforsikring mod stormfald § 7, at skader skal anmeldes inden udløbet af den frist, Naturskaderådet fastsætter. Og i cirkulære om tjenesterejseforsikringen § 7 er anmeldelsesproceduren for statens tjenesterejseforsikring fastlagt administrativt.

Bemærk, at afløbsfrister af denne type er **dækningsafgrænsninger**, ikke forældelsesfrister: de bestemmer, hvad policen overhovedet dækker, og eksisterer derfor side om side med § 29's frister.

LOV Forsikringsaftaleloven § 21, stk. 1-4 · Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 6 · Forældelsesloven § 3, stk. 1, 2

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning for sætningsskade grundet forældelse 11.12.2024

§ 11 Byggeskade- og ejerskifteforsikring: eftersynsrapporten som kundskabsudløser

Bygningsforsikringsområdet fortjener en selvstændig behandling, fordi lovpligtige eftersyn skaber et særligt samspil med kundskabstidspunktet. Mønsteret i praksis er entydigt: **eftersynsrapporten starter fristen, men er ikke en anmeldelse**.

I 101204 argumenterede klageren for, at 1-års- og 5-årsrapporterne burde sidestilles med en skadesanmeldelse, da forsikringsselskabet var ansvarligt for deres udarbejdelse. Nævnet afviste dette og lagde til grund, at kundskabet forelå senest ved modtagelsen af 1-årseftersynsrapporten af 3. september 2018. Nævnet tilføjede,

at det ikke ændrede resultatet, at forholdet var omtalt i 5-årsrapporten, eller at det heri var anført, at yderligere undersøgelser ville være nødvendige for at vurdere, om der var tale om en dækningsberettiget skade – og at omtalen af revnerne som »ikke dækningsberettigende« ikke kunne sidestilles med en anmeldelse.

101000 skærper billedet. Her var eftersynene ligefrem **misvisende** i klagerens favør: 1-årseftersynet (2019) registrerede intet svigt ved ydervæggene, og 5-årseftersynet (2023) vurderede fugerevnerne som kosmetiske. Alligevel løb fristen fra klagerens **egen** ingeniørrapport af 12. juni 2020. Nævnet fandt, at klageren ikke havde godtgjort erstatningspådragende fejl fra selskabets side ved eftersynene, og at forsøg på udbedring direkte hos entreprenøren ikke kunne suspendere forældelsen over for selskabet. Anmeldelsen 13. juni 2023 var én dag for sen.

Det efterlader en hård, men klar regel: **den boligejer, der får en sagkyndig vurdering, har fra det øjeblik tre år – uanset hvad selskabets egne eftersyn siger.**

96994 viser den anden side: hvordan man **bevarer** kravet i en langvarig byggeskadesag. Ti boligejere anmeldte i december 2020 mangler for ca. 9,57 mio. kr. under en byggeskadeforsikring og iværksatte i november 2021 syn og skøn ved retten. Nævnet fandt det på det foreliggende grundlag uafklaret, i hvilket omfang skaderne var dækningsberettigede, jf. FAL § 24, stk. 1, og kunne derfor ikke pålægge acontoudbetaling. Men nævnet gav den afgørende vejledning om forældelseslovens § 21, stk. 4 og forudsatte, at selskabet tog fornyet stilling, når syn og skønnet var afsluttet. Kendelsen fastslår desuden, at sikrede efter FAL § 32, stk. 3 kan kræve rimelige og nødvendige udgifter til advokatbistand dækket i forbindelse med udenretlig fremsættelse og opgørelse af krav – men at bevisbyrden for, at udgifterne er rimelige og nødvendige, påhviler sikrede, jf. FAL § 22, stk. 1.

Se endelig 103402 om ejerskifteforsikring og 97590 om afløbsledning med bagfald, hvor forældelseslovens § 3 indgik sammen med FAL § 22 om bevisbyrde.

LOV Forsikringsaftaleloven § 22, stk. 1 · Forsikringsaftaleloven § 24, stk. 1 · Forsikringsaftaleloven § 32, stk. 3 · Forældelsesloven § 3, stk. 1, 2 · Forældelsesloven § 21, stk. 4

PRAKSIS

- **Ankenævnet for Forsikring** · Forældelse af krav om dækning for skimmelsvamp: Tvist om opdagelsestidspunkt — 20.08.2025
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning for sætningsskade grundet forældelse — 11.12.2024
- **Ankenævnet for Forsikring** · Forældelse af krav på byggeskadeforsikring vedrørende smuldrende murværksfuger — 12.06.2024
- **Ankenævnet for Forsikring** · Sag om byggeskadeforsikring: Afslag på dækning af udgifter til juridisk bistand og syn og skøn — 28.09.2022
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afvist dækning af afløbsledning med bagfald under ejerskifteforsikring grundet manglende bevis for oprindelig skade — 31.08.2022

§ 12 Sammenfatning: fristlandskabet i praksis

Praksis efter FAL § 29 tegner et fristlandskab med flere lag, der løber **parallelt** – ikke i forlængelse af hinanden. Et krav er kun i live, hvis det overlever samtlige relevante frister.

Lag 1 – den almindelige frist. 3 år fra kundskabstidspunktet, jf. forældelseslovens § 3, stk. 1, jf. § 3, stk. 2. Kundskab foreligger, når skaden har vist sig sådan, at der er rimelig anledning til at anmelde. Dette er det suverænt hyppigste dødsfaldsårsag for forsikringskrav i nævnspraksis.

Lag 2 – anmeldelsens tillægsfrister. Ved rettidig anmeldelse: 1 år fra afvisning (§ 29, stk. 5, 1. pkt.) eller 3 år fra selskabets meddelelse om anerkendelse med anmodning om yderligere oplysninger (2. pkt.). Den sidste er **absolut**.

Lag 3 – foreløbig afbrydelse. Klage til Ankenævnet (§ 21, stk. 3), syn og skøn (stk. 4), forhandlinger (stk. 5), administrativ behandling (stk. 2) og retssag (stk. 1) giver hver en tillægsfrist på 1 år fra det relevante sluttidspunkt – aldrig mere.

Lag 4 – de absolutte frister. 30 år ved personskade og 10 år for øvrige krav (§ 3, stk. 3), samt personforsikringens særlige 10-årsfrist i FAL § 29, stk. 3. Ingen af disse kan suspenderes.

De tværgående lærdomme fra materialet er:

- **Sikrede bærer bevisbyrden** – for rettidig anmeldelse (86448), for undskyldelig vildfarelse (102580) og for en suspensionsaftale (97801).
- **Kun anmeldelse til det rette selskab tæller** (100601); dialog med entreprenør, byggesagkyndig eller offentlig myndighed gør det ikke (101000, 101204).
- **Rimelighedsbetragtninger flytter intet.** Hverken alvorlig sygdom (102580), status som voldsoffer (97573), et selskabs tidligere kulance (97573) eller én dags overskridelse (101000) rykker fristerne.
- **Tredjemand står svagere end forsikringstageren.** § 29, stk. 5 angår som udgangspunkt kun forholdet mellem forsikringstager og selskab (BS-27352/2019-HJR med henvisning til **U.2018.1506 H**), og skadelidte indtræder i sikredes forældelsesretlige stilling (BS-28670/2021-HJR) – modificeret af mindstefristen på 1 år i § 29, stk. 4.
- **Én åbning findes:** en dokumenteret, væsentlig forværring af skadens følger kan udløse en ny 3-årig frist (102852, 101204).

For rådgiveren er den operative konsekvens enkel: anmeld tidligt, få selskabets stillingtagen skriftligt, notér datoen for afvisning eller anerkendelse, og læg en frist i kalenderen – henholdsvis 1 og 3 år frem. Og husk, at klagen til Ankenævnet kun køber ét år.

LOV Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 1, 3-5 Forældelsesloven § 3, stk. 1-3 Forældelsesloven § 21, stk. 1-5

PRAKSIS

Højesteret · Højesterets afgørelse om skadelidtes indtræden i sikredes forældelsesretlige stilling efter Forsikringsaftalelovens § 95, stk. 2	24.02.2022
Højesteret · Højesterets afvisning af direkte anke fra Sø- og Handelsretten i sag om forsikringskrav og forældelse	04.12.2019
Ankenævnet for Forsikring · Tvist om forældelse af krav på ménerstatning 13 år efter ulykkestilfælde	06.08.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på udbetaling ved kritisk sygdom grundet forældelse – Tvist om forældelsesfristens begyndelsestidspunkt og undskyldelig uvidenhed	23.04.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for sætningsskade grundet forældelse	11.12.2024
Ankenævnet for Forsikring · Forældelse af krav på byggeskadeforsikring vedrørende smuldrende murværksfuger	12.06.2024
Ankenævnet for Forsikring · Forældelse af krav efter ulykkestilfælde ved hundebid under tjenstlig øvelse	24.01.2024
Ankenævnet for Forsikring · Forældelse af krav på ménerstatning trods igangværende genoptræningsforløb	28.09.2022
Ankenævnet for Forsikring · 30-årig absolut forældelse af krav på tandbehandling efter voldeligt overfald i 1989	06.04.2022

Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse vedrørende afvist dækning for kritisk sygdom på grund af forældelse 17.12.2014

REFERENCE Lovgrundlag

6 paragraffer

Forsikringsaftaleloven § 21	stk. 1	Forsikringsaftaleloven § 24	stk. 1
Forsikringsaftaleloven § 29	stk. 1, 3-6	Forsikringsaftaleloven § 95	stk. 2
Forældelsesloven § 3	stk. 1-3	Forældelsesloven § 21	stk. 3

MATERIALE Citerede afgørelser

29 afgørelser

HØJESTERET · ØVERSTE INSTANS 6

24.02.2022	Højesterets afgørelse om skadelidtes indtræden i sikredes forældelsesretlige stilling efter Forsikringsaftalelovens § 95, stk. 2	bs-28670-2021-hjr
04.12.2019	Højesterets afvisning af direkte anke fra Sø- og Handelsretten i sag om forsikringskrav og forældelse	bs-27352-2019-hjr
18.12.2018	Foreløbig afbrydelse af forældelse ved genoptagelse af skadesag om senfølger	bs-12529-2018-hjr
29.05.2018	Forældelse af erstatningskrav mod ejendomsmæglere: Fortolkning af forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5	223-2017
17.06.2013	Højesteretsdom om forældelse af erstatningskrav efter trafikulykke og stiltiende accept af suspensionsaftale	92-2012
28.01.2008	Højesterets afgørelse om forældelse af erstatningskrav mod advokat og fortolkning af suspensionsaftale	6114-7325

LANDSRETTEN · ANKEINSTANS 1

02.03.2023	Landsretten stadfæster byrettens dom i sag om forældelse af krav på erhvervsevnetab efter arbejdsskade	5391-6466

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS 19

20.08.2025	Forældelse af krav om dækning for skimmelsvamp: Tvist om opdagelsestidspunkt	103402
06.08.2025	Tvist om forældelse af krav på ménerstatning 13 år efter ulykkestilfælde	102852
23.04.2025	Afslag på udbetaling ved kritisk sygdom grundet forældelse – Tvist om forældelsesfristens begyndelsestidspunkt og undskyldelig uvidenhed	102580
19.02.2025	Forældelse af krav om ménerstatning efter meniskskade – Vildledende information fra forsikringsselskab	102246
11.12.2024	Afvisning af dækning for sætningsskade grundet forældelse	101204
09.10.2024	Forældelse af krav på ulykkesforsikring efter seks år: Hvornår begynder forældelsesfristen at løbe?	101136

12.06.2024	Forældelse af krav på byggeskadeforsikring vedrørende smuldrende murværksfuger	101000
24.01.2024	Forældelse af krav efter ulykkestilfælde ved hundebid under tjenstlig øvelse	100601
28.09.2022	Sag om byggeskadeforsikring: Afslag på dækning af udgifter til juridisk bistand og syn og skøn	96994
28.09.2022	Forældelse af krav på ménerstatning trods igangværende genoptræningsforløb	97801
31.08.2022	Afvist dækning af afløbsledning med bagfald under ejerskifteforsikring grundet manglende bevis for oprindelig skade	97590
17.08.2022	Sag om forældelse af krav på yderligere méngodtgørelse efter arbejdsulykke	97427
06.04.2022	30-årig absolut forældelse af krav på tandbehandling efter voldeligt overfald i 1989	97573
21.10.2020	Afvisning af ulykkesforsikringskrav grundet forældelse	95282
07.11.2018	Krav om tilbagebetaling af præmie ved dobbeltforsikring afvist som følge af 10-årig absolut forældelse	91953
17.12.2014	Afgørelse vedrørende afvist dækning for kritisk sygdom på grund af forældelse	86448
15.03.2010	Afgørelse vedrørende afvisning af ulykkesforsikringsdækning for skulderskade	76374
30.11.2009	Forældelse af knæskade: Uenighed om starttidspunkt for forældelsesfrist	75818
11.09.2000	Afvisning af ulykkesforsikring pga. forældelse af krav	52382

DET FINANSIELLE ANKENÆVN · NÆVN / KLAGEINSTANS 3

22.08.2023	Hvidbjerg Bank taber sag om forældelse af lån: Bopæl i Tyrkiet var ikke en hindring for afbrydelse	474/2022
27.06.2019	Erstatningskrav mod bank for mangelfuld rådgivning om anmeldelse af ulykkesforsikring efter arbejdsulykke	404/2018
29.09.2009	Erstatningsansvar ved manglende ekspedition af begunstigelseserklæring til gruppelivsforsikring	501/2008

02 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over ansvarsforsikring – forsæt og grov uagtsomhed

Dækningsundtagelser ved forsæt, grov uagtsomhed og beruselse i ansvarsforsikring

Version 2 Opdateret 24. jun. 2026 18 afgørelser · 2014-2025 Læs online

INTRODUKTION

Forsikringsaftaleloven (FAL) §§ 18-20 regulerer de centrale undtagelser fra forsikringsdækning, når den sikrede selv har fremkaldt forsikringsbegivenheden. Bestemmelserne sondrer mellem forsæt (§ 18, stk. 1), grov uagtsomhed (§ 18, stk. 2) og selvforskyldt beruselse (§ 20) – men med en vigtig særregel for ansvarsforsikring: Selskabet hæfter fuldt ud over for skadelidte tredjemand, selv når forsikringsbegivenheden er fremkaldt ved grov uagtsomhed. Praksis fra domstolene og Ankenævnet for Forsikring viser, at grænsen mellem forsæt og grov uagtsomhed er afgørende, at bevisbyrden for forsæt påhviler selskabet, og at en alkoholpromille over ca. 1,60 efter fast nævnspraksis skaber en formodning for selvforskyldt beruselse som hovedårsag.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Ved forsætlig skadeforvoldelse har den sikrede intet krav mod selskabet, jf. FAL § 18, stk. 1 – dette gælder også ansvarsforsikring.

02 Ved grov uagtsomhed hæfter ansvarsforsikringsselskabet fuldt ud over for skadelidte tredjemand, jf. FAL § 18, stk. 2, 2. pkt. – i modsætning til øvrige forsikringstyper, hvor dækningen kan nedsættes eller bortfalde.

03 FAL § 19 undtager skadeforvoldere under 14 år og personer i sindssygdom eller lignende tilstand fra forsætsreglen, men undtagelsen kan gyldigt fraviges i forsikringsbetingelserne med tilstrækkelig klarhed.

04 Selskabet bærer bevisbyrden for, at skaden er forvoldt med forsæt eller grov uagtsomhed – den sikrede behøver ikke modbevise påstanden.

05 FAL § 20 tillader, at selskabet i forsikringsbetingelserne gyldigt aftaler fritagelse for ansvar ved selvforskyldt beruselse, også selv om beruselsen ikke udgør grov uagtsomhed.

06 Ankenævnet for Forsikring anvender i praksis en promillegrænse på ca. 1,60 som udgangspunkt: Over denne grænse formodes selvforskyldt beruselse at være hovedårsagen til uheldet, medmindre særlige omstændigheder taler imod.

07 Ved promille under 1,60 skal selskabet bevise den konkrete årsagssammenhæng mellem beruselsen og skaden — en promille alene er ikke tilstrækkelig.

08 FAL § 20 indeholder en deklaratorisk adgang til et 5 %-fradrag i erstatningen ved simpel (ikke-grov) uagtsomhed, men denne adgang gælder ikke direkte for ansvarsforsikringens dækning af tredjemands krav.

09 Politiets frafald af sigtelse eller standsning af efterforskning er ikke i sig selv afgørende for den forsikringsretlige bevisvurdering af forsæt.

§ 1 Lovgrundlag: FAL §§ 18-20 og ansvarsforsikringens særstilling

Forsikringsaftalelovens §§ 18-20 udgør det faste grundlag for bedømmelsen af, hvornår en forsikringsbegivenhed, som den sikrede selv har fremkaldt, falder inden for eller uden for dækningen.

Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 1 fastsætter hovedreglen:

> *Fremkalder den sikrede forsætligt forsikringsbegivenheden, har han ikke noget krav mod selskabet.*

Reglen er absolut og gælder uden undtagelse for alle forsikringstyper — herunder ansvarsforsikring. Forsæt udelukker altid dækning.

Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 2 indeholder derimod en central **særregel for ansvarsforsikring**:

> *Har han fremkaldt forsikringsbegivenheden ved en uagtsomhed, der under de foreliggende omstændigheder må betegnes som grov, skal det under hensyn til skyldgraden og omstændighederne i øvrigt afgøres, om erstatning skal ydes og i bekræftende fald med hvilket beløb.* ***Ved livsforsikring og ansvarsforsikring hæfter selskabet dog fuldt ud.***

Denne særregel indebærer, at ansvarsforsikringsselskabet over for den skadelidte tredjemand hæfter fuldt ud, selv om den sikrede skadevolder har handlet groft uagtsomt. Proportionalitetsvurderingen i stk. 2's 1. pkt. — hvor erstatningen kan nedsættes efter en konkret helhedsvurdering — finder altså *ikke* anvendelse ved ansvarsforsikring.

Forsikringsaftaleloven § 19 modificerer § 18 ved at fritage visse persongrupper:

- Sikrede under 14 år
- Personer i sindssygdom, åndssvaghed, forbigående sindsforvirring eller lignende tilstand
- Handlinger foretaget til forsvarlig afværgelse af skade på person eller ejendom

Forsikringsaftaleloven § 20 regulerer det deklaratoriske element: Det kan *ikke* aftales, at selskabet er fri for ansvar ved simpel uagtsomhed. Men bestemmelsen tillader to undtagelser:

1. At selskabet kan aftale **frihed for ansvar ved selvforskyldt beruselse**, og
2. At selskabet kan aftale en afkortning på **op til 5 %** i erstatningen ved simpel uagtsomhed.

LOV `Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 1, 2` `Forsikringsaftaleloven § 19, stk. 1`

Forsikringsaftaleloven § 20

§ 2 Forsætlig skadeforvoldelse — bevisbyrde og grænsen til grov uagtsomhed

Forsætsreglen i FAL § 18, stk. 1 er den mest vidtgående undtagelse: Dækningen bortfalder fuldstændigt. Bevisbyrden for forsæt påhviler forsikringsselskabet — og den forsikringsretlige bevisbyrde er lavere end i straffesager, men kræver stadig klar sandsynlighedsovervægt.

I Ankenævnets afgørelse 84666 fandt nævnet det godtgjort, at forsikringstageren forsætligt havde forvoldt en brand i sit træskur. Klageren havde barrikaderet sig inde og formentlig antændt brændbar væske. Nævnet afviste dækning efter FAL § 18, stk. 1, og fandt at hverken klagerens psykiatriske diagnoser (depression, Asperger, OCD, ADHD) eller FAL § 19 kunne ændre resultatet.

I afgørelse 98853 afviste nævnet dækning af indboskade efter en dødsbrand, hvor der blev fundet benzindunke nær afdøde. Nævnet fandt, at handlingen indebar en "så indlysende fare for indboet", at skaden var fremkaldt ved "mindst grov uagtsomhed" — og at selv om egentligt forsæt ikke med sikkerhed kunne statueres, var § 18 opfyldt.

I afgørelse 97407 afviste nævnet dækning, idet brandteknisk undersøgelse indikerede påsat brand med åben flamme i et skunkrum. Nævnet bemærkede, at politiets standsning af efterforskningen uden sigtelse *ikke* i sig selv begrunder dækning — bevisbedømmelsen i forsikringssager er uafhængig af den strafferetlige.

I afgørelse 95488 fandt nævnet, at forsikringstageren ikke havde løftet bevisbyrden for en dækningsberettigende forsikringsbegivenhed, da tekniske undersøgelser indikerede, at bilskaderne var påført med bilens eget anhængertræk. Nævnet lagde vægt på modstridende forklaringer og en historik med lignende eneuheld.

Mønster: Forsæt kræver ikke en straffedom — selskabet kan føre bevis ved brandtekniske rapporter, vidneforklaringer og indicier. Politiets frafald af sigtelse er ikke afgørende.

LOV Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 1 · Forsikringsaftaleloven § 19

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af indbodækning efter brand: Spørgsmål om arvingers klageret og bevis for forsætlig brandstiftelse	18.01.2023
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning efter brand og vandskade: Spørgsmål om forsætlig ildspåsættelse og bevisbyrde	29.06.2022
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på forsikringsdækning af bilskade grundet tvivl om hændelsesforløb og mistanke om selvforskyldte skader	16.12.2020
Ankenævnet for Forsikring · Sag om afvisning af dækning for brandskade - Forsætlig brandstiftelse eller uheld?	17.02.2014

§ 3 Grov uagtsomhed — vurderingskriterier og indlysende fare

Begrebet grov uagtsomhed i forsikringsretlig sammenhæng kræver, at den sikredes handlemåde har indebåret en **indlysende fare** for den skade, der er indtrådt. Det er mere end blot uheldig adfærd — der skal være tale om en markant tilsidesættelse af den forsigtighed, som enhver fornuftig person ville have udvist.

Ved ansvarsforsikring har grænsen mellem simpel og grov uagtsomhed dog en anden praktisk konsekvens end ved øvrige forsikringstyper: Selvom grov uagtsomhed statueres, hæfter ansvarsforsikringsselskabet fuldt ud over for tredjemand, jf. FAL § 18, stk. 2, 2. pkt.. Det er derimod ved ulykkes- og kaskoforsikring, at nedsættelse eller bortfald bliver aktuelt.

I byretsdom BS-19339/2022-FRB fandt retten, at en landmand med over 50 års erfaring havde handlet groft uagtsomt ved at stikke hånden ned i en kornsnegl, som han vidste ville starte automatisk inden for 3-5 minutter. Retten udtalte:

> *... at sagsøgeren ved at stikke sin hånd ind i inspektionshullet, selv om han vidste, at kornsneglen uvarslet ville begynde at køre indenfor et ikke nærmere fastsat kortere tidsrum efter, at han havde aktiveret panelet, har handlet på en måde, der har været forbundet med en så indlysende fare for, at den skete skade kunne indtræde, at handlemåden må anses for at have været groft uagtsom.*

I Ankenævnets afgørelse 100560 fandt nævnet derimod, at en professionel tagdækker **ikke** havde handlet groft uagtsomt, da en brand opstod under tagpaparbejde. Selskabet havde foretaget et fradrag på 5 % i erstatningen, men nævnet pålagde selskabet at udbetale fuld erstatning, idet det ikke var bevist, at vindforholdene overskred den tilladte grænse for "hård vind" ifølge brandsikkerhedsbekendtgørelsen.

I afgørelse 100476 — en arbejdsulykke under dækskifte — fandt nævnet, at klageren groft uagtsomt havde placeret sig under en løftet lastbil, men lagde også vægt på lederens uventede handling som medvirkende årsag.

Sag	Handling	Grov uagtsomhed?
BS-19339/2022-FRB	Hånd i kornsnegl der auto-starter	Ja
Afgørelse 100560	Tagpaparbejde under vindforhold	Nej
Afgørelse 100476	Placering under løftet lastbil	Ja

LOV `Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 2`

PRAKSIS
- **Byretten** · Afvisning af forsikringsdækning grundet grov uagtsomhed ved ulykke med kornsnegl — 21.11.2023
- **Ankenævnet for Forsikring** · Sag om brandskade ved tagdækning: Spørgsmål om grov uagtsomhed — 29.05.2024
- **Ankenævnet for Forsikring** · Sag om afvist dækning for arbejdsulykke under ulykkesforsikring - spørgsmål om grov uagtsomhed — 20.03.2024

§ 4 FAL § 19 — sindssygdom og fravigelse i forsikringsbetingelser

FAL § 19 beskytter som udgangspunkt den sikrede, der på grund af sindssygdom, åndssvaghed eller forbigående sindsforvirring mangler evnen til at handle fornuftsmæssigt. I så fald finder § 18 om bortfald eller nedsættelse af selskabets ansvar ikke anvendelse. Men bestemmelsen er fravigelig — selskabet kan aftale sig ud af den i forsikringsbetingelserne.

I Ankenævnets afgørelse 100295 havde forsikringstageren forvoldt en ulykke under politijagt, mens han led af bipolar forstyrrelse. En retspsykiatrisk erklæring fastslog, at han var sindssyg i gerningsøjeblikket, og byretten frifandt ham strafferetligt efter Straffeloven § 16. Selskabet afviste dækning under henvisning til sine betingelser, som udtrykkeligt fraveg § 19:

> *"Uanset sikredes sindstilstand eller tilregnelighed ved fremkaldelse af skade, dækker forsikringen ikke skade der skyldes: A. Sikredes forsætlige handling eller grov uagtsomhed... D. Sikredes deltagelse i slagsmål eller andre ulovligheder."*

Ankenævnet fandt fravigelsen gyldig:

> *"Nævnet finder, at selskabet i forsikringsbetingelsernes pkt. 5.15. med den fornødne klarhed har fraveget forsikringsaftalelovens § 19."*

Afgørelsen illustrerer to vigtige principper:

- § 19 kan gyldigt fraviges i forsikringsbetingelserne
- Fravigelsen skal fremgå med "fornøden klarhed" — dvs. det skal være utvetydigt, at dækningen bortfalder uanset sindstilstand

LOV Forsikringsaftaleloven § 19, stk. 1 | Straffeloven § 16, stk. 1

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning for ulykkestilfælde ved politijagt trods sindssyge: Gyldig fravigelse af forsikringsaftalelovens § 19 — 13.12.2023

Ankenævnet for Forsikring · Sag om afvisning af dækning for brandskade - Forsætlig brandstiftelse eller uheld? — 17.02.2014

§ 5 Selvforskyldt beruselse — promillegrænser og hovedårsagskravet

FAL § 20 giver selskabet adgang til at aftale, at dækningen bortfalder ved selvforskyldt beruselse — også selv om beruselsen i sig selv ikke udgør grov uagtsomhed. Denne adgang anvendes bredt i praksis: De fleste forsikringsbetingelser indeholder en undtagelse for skader fremkaldt under selvforskyldt beruselse.

I praksis er det selskabet, der bærer bevisbyrden for, at **hovedårsagen** til skaden var selvforskyldt beruselse. Ankenævnet for Forsikring har i sin praksis udviklet en vejledende promillegrænse:

- **Over ca. 1,60 promille:** Der gælder en formodning for, at selvforskyldt beruselse var hovedårsagen til skaden. Denne formodning kan dog afkræftes.
- **Under 1,60 promille:** Selskabet skal konkret godtgøre årsagssammenhængen mellem beruselsen og skaden.

I afgørelse 97009 fandt nævnet, at en kvinde, der døde af kvælning i mad med en blodalkohol på **3,43 promille**, var omkommet som følge af selvforskyldt beruselse. Nævnet udtalte:

> *"Nævnet finder, at nu afdødes beruselse var af et omfang, der med høj grad af sikkerhed må formodes at have påvirket nu afdødes evne til at tygge sin mad, til at synke og til at hoste maden op."*

I afgørelse 97016 afviste nævnet dækning ved en faldulykke med promille **3,01**, idet nævnet fandt klagerens forklaring — at alkoholen først var indtaget *efter* faldet — utroværdig.

I afgørelse 98123 afviste nævnet dækning ved en promille på mindst **1,67**, idet politiet beskrev klageren som "kraftigt påvirket" med snøvlende tale og balancebesvær.

I afgørelse 100573 nåede nævnet derimod det modsatte resultat: En cyklist med promille **1,52** fik medhold, idet nævnet fandt, at selskabet ikke havde godtgjort, at beruselsen var *hovedårsagen* til ulykken. Nævnet lagde vægt

på, at klageren ved hospitalsankomst virkede "relevant" og talte frit, og at kantsten på ulykkesstedet var dårligt synlige.

Sag	Promille	Resultat	Begrundelse
97009	3,43	Beruselse = hovedårsag	Vital funktionsnedsættelse
97016	3,01	Beruselse = hovedårsag	Utroværdig alternativ forklaring
98123	1,67	Beruselse = hovedårsag	Kraftig påvirkning dokumenteret
100573	1,52	Beruselse ≠ hovedårsag	Udefrakommende årsag (kantsten)

LOV Forsikringsaftaleloven § 20

PRAKSIS
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af Ulykkesforsikringsdækning grundet Grov Uagtsomhed og Selvforskyldt Beruselse efter Knallertuheld 19.02.2025
- **Ankenævnet for Forsikring** · Alka Forsikring: Afvisning af ulykkesdækning pga. alkoholpåvirkning ved cykelulykke 21.02.2024
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning for personskade pga. selvforskyldt beruselse 04.01.2023
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af ulykkesdækning grundet beruselse og modstridende forklaringer om hændelsesforløbet 01.06.2022
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afgørelse om ulykkesforsikring: Kvælning i mad under kraftig beruselse betragtet som selvforskyldt 24.11.2021

§ 6 Ansvarsforsikring og forsæt — privatansvar ved vold og skadevoldende handlinger

Spørgsmålet om ansvarsforsikringens dækning af forsætlige skader er særligt aktuelt ved vold og andre bevidste skadevoldende handlinger. Hovedreglen er klar: Forsætlig skade udelukker dækning, uanset forsikringstype.

I afgørelse 95118 behandlede Ankenævnet for Forsikring en sag, hvor forsikringstageren under en privatansvarsforsikring havde forvoldt en personskade ved at udføre en gymnast-øvelse ("vejrmølle") på en bar og ramme en bekendt i hovedet. Selskabet afviste dækning med to alternative begrundelser:

- **Forsæt:** Selskabet påberåbte sig sandsynlighedsforsæt efter FAL § 18, idet klageren som øvet gymnast måtte have indset det som overvejende sandsynligt at ramme nogen.
- **Selvforskyldt beruselse:** Klageren havde festet i 12 timer, jf. FAL § 20.

Ankenævnet gav forsikringstageren medhold og pålagde selskabet at dække ansvarsskaden. Nævnet fandt, at selskabet hverken havde godtgjort forsæt/sandsynlighedsforsæt eller at beruselsen var hovedårsagen til skaden — da der ikke forelå promillemåling eller præcise oplysninger om alkoholindtaget.

Afgørelsen illustrerer, at:

- **Sandsynlighedsforsæt** kræver tungtvejende bevis — det er ikke tilstrækkeligt, at handlingen objektivt set var risikabel
- Selskabet bærer bevisbyrden for både forsæt og beruselsens årsagssammenhæng
- Privatansvarsforsikring følger de almindelige FAL §§ 18-20-regler

LOV Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 1 Forsikringsaftaleloven § 20

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Erstatningsansvar for skade efter gymnastikøvelse på bar: Spørgsmålet om selvforskyldt beruselse og dækning 04.11.2020

§ 7 Ansvarsforsikring og regres — forholdet til færdselsloven

Ansvarsforsikringsselskabets regresadgang mod den sikrede skadevolder reguleres bl.a. af Færdselsloven § 108, stk. 2, der begrænser regresadgangen ved den lovpligtige motorforsikring. Højesteret har i BS-34778/2023-HJR afklaret rækkevidden.

I sagen havde forsikringstageren undladt at oplyse, at hans datter var fast bruger af bilen. Højesteret fandt, at dette udgjorde grov uagtsomhed efter FAL § 7, jf. § 6, og at selskabet kunne gøre regres og kræve tilbagebetaling. Retten fastslog:

- Færdselsloven § 108, stk. 2 regulerer kun regres begrundet i den ansvarliges forhold ved *fremkaldelse* af forsikringsbegivenheden — ikke regres baseret på urigtige risikooplysninger.
- Det er uden betydning, at forsikringsbetingelserne ikke udtrykkeligt nævner denne type regres.
- Almindelige forsikringsretlige principper hjemler regres i sådanne situationer.

Sondringen mellem "fremkaldelse af forsikringsbegivenheden" (FAL § 18) og "urigtige risikooplysninger" (FAL §§ 6-7) er således afgørende for, hvilken regreshjemmel selskabet kan støtte sig på — og om færdselslovens begrænsning finder anvendelse.

I Højesteretsdommen BS-12529/2018-HJR fastslog Højesteret endvidere, at FAL § 29, stk. 5 om foreløbig afbrydelse af forældelse også finder anvendelse ved genoptagelse af ansvarsforsikringssager om senfølger, forudsat selskabet reelt genbehandler kravet.

LOV Forsikringsaftaleloven § 6 Forsikringsaftaleloven § 7 Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 5 Færdselsloven § 108, stk. 2

PRAKSIS **Højesteret** · Forsikringsselskabs adgang til regres og tilbagebetaling ved urigtige risikooplysninger om bilens faste bruger 19.02.2024

Højesteret · Foreløbig afbrydelse af forældelse ved genoptagelse af skadesag om senfølger 18.12.2018

§ 8 Sammenfatning — praktiske retningslinjer for vurderingen

Praksis fra domstolene og Ankenævnet for Forsikring tegner et klart mønster for vurderingen af dækningsundtagelserne i FAL §§ 18-20:

Forsæt (§ 18, stk. 1):

- Udelukker dækning ved *alle* forsikringstyper, inkl. ansvarsforsikring
- Selskabet bærer bevisbyrden – men den forsikringsretlige bevisbedømmelse er uafhængig af strafferetten
- Indicier som brandtekniske rapporter, kriminalteknisk undersøgelse og inkonsistente forklaringer kan begrunde forsæt
- Sandsynlighedsforsæt kræver tungtvejende bevis

Grov uagtsomhed (§ 18, stk. 2):

- Ved øvrige forsikringer: proportional nedsættelse efter en helhedsvurdering
- Ved **ansvarsforsikring**: selskabet hæfter fuldt ud over for tredjemand – dette er den afgørende særregel
- Grov uagtsomhed kræver "indlysende fare" for den indtrådte skade – det er mere end blot en uheldig eller tankeløs handling
- Selskabet bærer bevisbyrden

Selvforskyldt beruselse (§ 20):

- Kan gyldigt aftales som dækningsundtagelse i forsikringsbetingelserne
- Selskabet skal bevise, at beruselsen var *hovedårsagen* til skaden
- Promille over ca. 1,60: Formodning for, at beruselse er hovedårsag
- Promille under 1,60: Selskabet skal føre konkret bevis for årsagssammenhæng
- Udefrakommende faktorer (dårlige vejforhold, kantsten, defekter) kan bryde årsagssammenhængen

§ 19 – sindssygdom og utilregnelighed:

- Hovedregel: § 18 finder ikke anvendelse ved sindssygdom mv.
- Men bestemmelsen kan gyldigt fraviges i forsikringsbetingelserne med "fornøden klarhed"

Den praktiske konsekvens for ansvarsforsikring er: Den skadelidte tredjemand er beskyttet, medmindre den sikrede skadevolder har handlet forsætligt. Grov uagtsomhed rammer ikke dækningen over for tredjemand. Selskabet kan dog ved forsæt og (aftalt) beruselse nægte dækning – og den skadelidte tredjemand må i så fald rette sit krav direkte mod skadevolderen personligt.

LOV Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 1, 2 Forsikringsaftaleloven § 19 Forsikringsaftaleloven § 20

PRAKSIS

Byretten · Afvisning af forsikringsdækning grundet grov uagtsomhed ved ulykke med kornsnegl	21.11.2023
Ankenævnet for Forsikring · Alka Forsikring: Afvisning af ulykkesdækning pga. alkoholpåvirkning ved cykelulykke	21.02.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for ulykkestilfælde ved politijagt trods sindssyge: Gyldig fravigelse af forsikringsaftalelovens § 19	13.12.2023
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af indbodækning efter brand: Spørgsmål om arvingers klageret og bevis for forsætlig brandstiftelse	18.01.2023
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om ulykkesforsikring: Kvælning i mad under kraftig beruselse betragtet som selvforskyldt	24.11.2021
Ankenævnet for Forsikring · Erstatningsansvar for skade efter gymnastikøvelse på bar: Spørgsmålet om selvforskyldt beruselse og dækning	04.11.2020
Ankenævnet for Forsikring · Sag om afvisning af dækning for brandskade - Forsætlig brandstiftelse eller uheld?	17.02.2014

REFERENCE Lovgrundlag

4 paragraffer

Forsikringsaftaleloven § 18	stk. 1, 2	Forsikringsaftaleloven § 19	stk. 1, 2
Forsikringsaftaleloven § 20		Færdselsloven § 108	stk. 2

MATERIALE Citerede afgørelser

18 afgørelser

HØJESTERET · ØVERSTE INSTANS 2

19.02.2024	Forsikringsselskabs adgang til regres og tilbagebetaling ved urigtige risikooplysninger om bilens faste bruger	bs-34778-2023-hjr
18.12.2018	Foreløbig afbrydelse af forældelse ved genoptagelse af skadesag om senfølger	bs-12529-2018-hjr

BYRETTEN · FØRSTE INSTANS 1

21.11.2023	Afvisning af forsikringsdækning grundet grov uagtsomhed ved ulykke med kornsnegl	9914-11599

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS 15

19.02.2025	Afvisning af Ulykkesforsikringsdækning grundet Grov Uagtsomhed og Selvforskyldt Beruselse efter Knallertuheld	102170
22.01.2025	Afgørelse om afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved kørsel i oversvømmet område	101372
29.05.2024	Sag om brandskade ved tagdækning: Spørgsmål om grov uagtsomhed	100560
20.03.2024	Sag om afvist dækning for arbejdsulykke under ulykkesforsikring - spørgsmål om grov uagtsomhed	100476
21.02.2024	Alka Forsikring: Afvisning af ulykkesdækning pga. alkoholpåvirkning ved cykelulykke	100573
13.12.2023	Afvisning af dækning for ulykkestilfælde ved politijagt trods sindssyge: Gyldig fravigelse af forsikringsaftalelovens § 19	100295
18.01.2023	Afvisning af indbodækning efter brand: Spørgsmål om arvingers klageret og bevis for forsætlig brandstiftelse	98853
04.01.2023	Afvisning af dækning for personskade pga. selvforskyldt beruselse	98123
29.06.2022	Afvisning af dækning efter brand og vandskade: Spørgsmål om forsætlig ildspåsættelse og bevisbyrde	97407
01.06.2022	Afvisning af ulykkesdækning grundet beruselse og modstridende forklaringer om hændelsesforløbet	97016
24.11.2021	Afgørelse om ulykkesforsikring: Kvælning i mad under kraftig beruselse betragtet som selvforskyldt	97009

16.12.2020	Afslag på forsikringsdækning af bilskade grundet tvivl om hændelsesforløb og mistanke om selvforskyldte skader	95488
04.11.2020	Erstatningsansvar for skade efter gymnastikøvelse på bar: Spørgsmålet om selvforskyldt beruselse og dækning	95118
05.02.2020	Afvisning af dækning efter brand og opsigelse af forsikring - Tryg Forsikring A/S	94175
17.02.2014	Sag om afvisning af dækning for brandskade - Forsætlig brandstiftelse eller uheld?	84666

03 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over ansvarsforsikring – skadelidtes direkte krav (FAL § 95)

Fra sikredes dækningskrav til tredjemands eget søgsmål – § 95's tre indtrædelsessituationer, selskabets indsigelser og privatansvarets grænser

Version 2 Opdateret 22. jul. 2026 28 afgørelser · 1998–2025 Læs online

INTRODUKTION

Ansvarsforsikringens kerne er dækning af det tab, sikrede lider ved at blive erstatningspligtig over for tredjemand. Skadelidte er ikke part i forsikringsaftalen, men forsikringsaftaleloven § 95 giver ham i tre situationer adgang til at indtræde i sikredes ret mod selskabet: når erstatningspligten er fastslået og erstatningens størrelse bestemt (stk. 1), når kravet er omfattet af sikredes konkurs, tvangsakkord eller gældssanering (stk. 2), og – ved konkurrence mellem flere skadelidte om en utilstrækkelig forsikringssum – efter en forholdsmæssig fordeling (stk. 3). Praksis fra Højesteret, landsretterne og navnlig Ankenævnet for Forsikring viser to gennemgående mønstre: skadelidte får aldrig en bedre ret mod selskabet, end sikrede selv havde, og dækningen forudsætter altid, at sikrede rent faktisk har pådraget sig et juridisk erstatningsansvar efter dansk rets almindelige regler.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Ved en ansvarsforsikring forstås efter Højesterets definition en forsikring mod det tab, en person eller et andet retssubjekt lider ved at blive erstatningspligtig over for tredjemand som følge af en skadevoldende begivenhed eller undladelse.

02 Skadelidte indtræder efter FAL § 95, stk. 1, først i sikredes ret mod selskabet, når erstatningspligten er fastslået OG erstatningens størrelse bestemt – og kun for så vidt han ikke allerede er fyldestgjort.

03 Ved sikredes konkurs, tvangsakkord eller gældssanering kan skadelidte efter FAL § 95, stk. 2, rette "det fulde krav på erstatning" mod selskabet, i det omfang kravet ikke er blevet dækket i insolvensbehandlingen.

04 Reglen i FAL § 95, stk. 2, blev indsat i 2003 som en præcisering, bygger på betænkning nr. 1423/2002 om forsikringsaftaleloven og finder anvendelse på skader indtruffet efter lovens ikrafttræden den 1. juli 2004.

05 Selskabet skal ved konkurs-, akkord- og gældssaneringstilfældene uden ugrundet ophold underrette sikrede om, at det har modtaget et erstatningskrav.

06 § 95 er en indtrædelsesregel, ikke en garantiregel: skadelidte overtager sikredes retsstilling og må derfor tåle policens dækningsbegrænsninger, forbehold og selskabets almindelige indsigelser, herunder pro rata-nedsættelse efter FAL §§ 6-7.

07 Dette adskiller § 95 fra de særlige regler om umiddelbar hæftelse i færdselslovens § 108, stk. 1, og hundelovens § 8, stk. 2, samt fra sølovens § 188, hvor forsikringsgiveren udtrykkeligt afskæres fra at gøre sine indsigelser mod ejeren gældende over for fordringshaveren.

08 Selskabets umiddelbare hæftelse fortrænger ikke skadelidtes krav mod skadevolderen selv — kravet kan fortsat rettes direkte mod den ansvarlige.

09 Krav på forsikringsydelsen skal rettes mod forsikringsselskabet og ikke mod forsikringstageren, uanset at selskabet måtte have givet skadelidte fejlagtige oplysninger om forsikringens eksistens.

10 Skadelidtes direkte krav har sin egen forældelsesbeskyttelse: efter FAL § 29, stk. 4, forældes kravet mod selskabet tidligst 1 år efter indtrædelsen efter § 95, og efter § 29, stk. 5, tidligst 1 år efter selskabets afvisning af en rettidigt anmeldt skade.

11 Anmeldelse af skaden til ansvarsforsikringsselskabet afbryder derimod ikke forældelsen over for den forsikrede skadevolder — afbrydelse skal ske særskilt over for hver solidarisk hæftende skyldner.

12 Overstiger flere skadelidtes anmeldte krav forsikringssummen, fyldestgøres de forholdsmæssigt efter FAL § 95, stk. 3, medmindre andet er vedtaget.

13 Selskabet kan ikke gennem forhandlinger med sikrede indskrænke eller forspilde skadelidtes ret efter § 95, jf. FAL § 96, og et policeforbehold om ansvarsfrihed ved sikredes anerkendelse af kravet er ugyldigt, i det omfang sikrede kun har opfyldt sin retspligt, jf. FAL § 94.

14 Reglerne om forfaldstid og forrentning i FAL § 24, stk. 1-3, gælder ikke for skadelidtes krav mod ansvarsforsikringsselskabet, jf. § 24, stk. 4 — men skadelidte kan efter § 32, stk. 3, kræve rimelige og nødvendige udgifter til advokatbistand dækket ved udenretlig opgørelse af kravet.

15 Privat- og familieansvarsforsikringen dækker kun, hvor sikrede har pådraget sig et juridisk erstatningsansvar; hændelige uheld falder uden for, og en særskilt gæstebudsdækning må have hjemmel i vilkårene.

16 Standardvilkårenes undtagelser for ansvar under erhverv eller arbejde, for ansvar der alene hviler på et aftalegrundlag, og for skade på ting i sikredes varetægt, lån eller leje udgør i praksis de hyppigste afvisningsgrunde i Ankenævnet for Forsikring.

17 Går ansvarsforsikringsselskabet selv konkurs, dækker Garantifonden for skadesforsikringsselskaber kun tredjemands PERSONskade under "øvrige ansvarsforsikringer", jf. garantifondslovens § 5, stk. 1, nr. 3 — og arbejdsulykkesforsikringer er ikke ansvarsforsikringer i denne forstand.

18 Er flere solidarisk ansvarlige, foretages den indbyrdes fordeling efter EAL § 25, stk. 1, efter hvad der under hensyn til ansvarets beskaffenhed og omstændighederne i øvrigt må anses for rimeligt, og der kan efter stk. 2 tages hensyn til foreliggende ansvarsforsikringer.

§ 1 Hvad er en ansvarsforsikring? Højesterets definition og den negative afgrænsning

Ansvarsforsikringen er en skadesforsikring, hvor forsikringsbegivenheden ikke er skaden som sådan, men sikredes erstatningsansvar. Højesteret gav i BS-1915/2022-HJR en sjælden, generel definition af begrebet:

> *"Ved en ansvarsforsikring forstås sædvanligvis en forsikring mod det tab, en person eller andet retssubjekt lider ved at blive erstatningspligtig over for tredjemand som følge af en skadevoldende begivenhed eller undladelse."*

Definitionen blev afgivet i en sag om, hvorvidt den danske Garantifond for skadesforsikringsselskaber skulle dække norske arbejdstageres krav efter yrkesskadeforsikringer tegnet gennem Alpha Insurance A/S' norske filial. Højesteret præciserede samtidig den negative afgrænsning: de danske arbejdsulykkesforsikringer, som sikringspligtige arbejdsgivere efter arbejdsskadesikringsloven § 50 skal tegne, er **ikke** ansvarsforsikringer, fordi dækningen ikke er betinget af ansvarspådragende adfærd. Sagen blev afgjort ud fra en samlet vurdering:

> *"Det må bero på en samlet vurdering, om de norske yrkesskadeforsikringer adskiller sig fra de danske arbejdsulykkesforsikringer på en sådan måde, at de til forskel fra de danske forsikringer kan anses for omfattet af udtrykket "øvrige ansvarsforsikringer" i garantifondslovens § 5, stk. 1, nr. 3."*

Højesteret fandt, at den norske ordning — lovpligtig, arbejdsgiverfinansieret, med objektivt ansvar og hvor arbejdsgiveren ikke hæfter over for arbejdstageren — måtte sidestilles med den danske arbejdsskadeforsikringsordning og dermed faldt uden for fondens dækning. Østre Landsret var nået til samme resultat i BS-5117/2020-OLR.

At det er ansvaret — og ikke skaden — der er dækket, er den røde tråd gennem hele praksis om § 95. Det er også grunden til, at Ankenævnet for Forsikring i sag efter sag begynder med spørgsmålet om, hvorvidt sikrede overhovedet har pådraget sig et juridisk erstatningsansvar.

LOV Arbejdsskadesikringsloven § 50

Lov om en garantifond for skadesforsikringsselskaber § 5, stk. 1

PRAKSIS **Højesteret** · Norske yrkesskadeforsikringer og den danske garantifonds dækningspligt ved konkurs 05.01.2023

Landsretten · Afgørelse om dækning af erstatningskrav i norsk yrkesskadeforsikring ved konkurs i dansk forsikringsselskab 22.12.2021

§ 2 Retsgrundlaget: § 95's tre stykker og de omkringliggende beskyttelsesregler i §§ 94 og 96

Forsikringsaftaleloven § 95 har efter den gældende affattelse tre stykker, der dækker hver sin situation:

Bestemmelse	Indtrædelsessituation	Kernebetingelse

§ 95, stk. 1	Ansvaret er endeligt afklaret	Erstatningspligten "fastslået" og erstatningens størrelse "bestemt" – og skadelidte ikke fyldestgjort
§ 95, stk. 2	Sikredes insolvens	Kravet omfattet af sikredes konkurs, tvangsakkord eller gældssanering
§ 95, stk. 3	Flere konkurrerende skadelidte	Anmeldte krav overstiger tilsammen selskabets ydelsespligt

Stk. 1 lyder ordret:

> *"Når den sikredes erstatningspligt over for den skadelidte er fastslået og erstatningens størrelse bestemt, indtræder den skadelidte i den sikredes ret imod selskabet, for så vidt han ikke er fyldestgjort."*

Ordvalget "indtræder … i den sikredes ret" er afgørende for hele retsområdet: skadelidte får ikke et selvstændigt, originært krav mod selskabet, men succederer i sikredes dækningskrav.

To bestemmelser omkring § 95 beskytter denne indtrædelsesret mod at blive udhulet. Efter § 96 kan selskabet, når det er vidende om en indtruffen forsikringsbegivenhed, ikke gennem forhandlinger med sikrede bevirke, at skadelidtes ret ifølge § 95 indskrænkes eller forspildes. Og efter § 94 er et policevilkår om, at selskabet er fri for ansvar, hvis sikrede uden selskabets samtykke udbetaler erstatning eller godkender et fremsat erstatningskrav, ugyldigt i det omfang, det må anses godtgjort, at sikrede ved at betale eller godkende kravet kun har opfyldt sin retspligt.

Om fravigelighed gælder hovedreglen i § 3: lovens bestemmelser finder kun anvendelse, hvis ikke andet er udtrykkeligt aftalt eller må anses indeholdt i aftalen, medmindre de er erklæret ufravigelige. Allerede lovmotiverne til 1929-loven fremhævede denne dobbelthed:

> *"Lovforslagets Bestemmelser er dels ufravigelige (præceptive), dels og for Størstedelens Vedkommende saadanne, der kan fraviges ved Parternes Aftale (deklaratoriske)."*

De oprindelige motiver understregede samtidig, at de deklaratoriske regler "ved at angive den almindelige Regel modvirker ubillige Bestemmelser i de enkelte Forsikringspolicer" (Rigsdagstidende 1929-30, tillæg A). Netop denne balance – lovens standardregel over for policens konkrete vilkår – er det, der afgøres i den praksis, der gennemgås nedenfor.

LOV Forsikringsaftaleloven § 3 Forsikringsaftaleloven § 94 Forsikringsaftaleloven § 95, stk. 1-3 Forsikringsaftaleloven § 96

§ 3 § 95, stk. 1: hvornår er erstatningspligten "fastslået" og erstatningens størrelse "bestemt"?

Indtrædelsen efter stk. 1 er dobbelt betinget: både **ansvarsgrundlaget** og **beløbet** skal ligge fast. Er blot ét af de to elementer uafklaret, har skadelidte endnu ikke noget krav at gøre gældende mod selskabet, og et direkte søgsmål vil savne hjemmel i bestemmelsen. Højesteret behandlede netop denne problemstilling i Sag 33/2013 om direkte søgsmål mod et ansvarsforsikringsselskab under § 95, stk. 1, hvor både stk. 1 og stk. 2 var påberåbt.

Betingelserne kan opfyldes ad flere veje – ved dom, ved forlig eller ved sikredes retligt forpligtende anerkendelse. Netop derfor er samspillet med § 94 praktisk vigtigt: et policeforbehold, der gør selskabet ansvarsfrit, hvis

sikrede anerkender kravet uden selskabets samtykke, kan ikke gøres gældende, når sikrede blot har opfyldt sin retspligt. Omvendt er selskabet ikke bundet af en anerkendelse, der går videre end retspligten.

Er ansvaret fastslået ved en dom afsagt i udlandet, opstår spørgsmålet, om dommen kan lægges til grund i dækningsforholdet. I **Ankenævnet for Forsikrings sag 100141** havde en forsikringstager været involveret i en skiulykke i udlandet i januar 2015; sagen blev anmeldt til hans private ansvarsforsikring, som afviste ansvar over for modparten og lukkede sagen i 2016. I oktober 2020 modtog selskabet en udeblivelsesdom afsagt ved en udenlandsk domstol, hvorefter forsikringstageren var dømt til at betale erstatning. Selskabet afviste at dække modpartens krav, fordi stævningen efter selskabets eksterne advokats vurdering syntes lovligt forkyndt for forsikringstageren i 2017, mens forsikringstageren gjorde gældende, at han ikke var blevet korrekt forkyndt og derfor ikke kendte til retssagen. Sagen illustrerer, at spørgsmålet om, hvornår erstatningspligten er "fastslået" i § 95, stk. 1's forstand, kan blive et selvstændigt tvistepunkt mellem selskabet og skadelidte/sikrede.

Et beslægtet, men adskilt spørgsmål er, hvem kravet skal rettes MOD. Vestre Landsret fastslog i BS-26769/2023-VLR, at forsikringssummen ikke kan kræves betalt af forsikringstageren:

> *"Som anført af byretten kan forsikringssummen ikke kræves betalt af Vestjyllands Andel a.m.b.a., der er forsikringstager. Kravet skal derfor rettes mod Topdanmark Forsikring A/S, der er forsikringsselskabet."*

Landsretten tilføjede, at det ikke kunne føre til et andet resultat, at selskabets egne skadebehandlere fejlagtigt havde oplyst, at der slet ikke var tegnet nogen forsikring.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 94 · Forsikringsaftaleloven § 95, stk. 1	
PRAKSIS	**Højesteret** · Direkte søgsmål mod ansvarsforsikringsselskab under [Forsikringsaftalelovens § 95, stk. 1](/loven/forsikringsaftaleloven/95)	19.08.2013
	Landsretten · Vestjyllands Andel frifundet for krav om udbetaling af dødsfaldsdækning under kollektiv forsikring	04.03.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om dækning af erstatningskrav efter udeblivelsesdom i skiulykkesag	06.03.2024

§ 4 § 95, stk. 2: det direkte krav ved sikredes konkurs, tvangsakkord og gældssanering

Før 2003 kunne skadelidte i praksis blive stillet meget dårligt, hvis skadevolderen gik konkurs: kravet på erstatning var et simpelt krav i boet, og forsikringssummen tilfaldt boet frem for den skadelidte. Stk. 2 løser dette:

> *"Den skadelidte indtræder endvidere i den sikredes ret imod selskabet, hvis skadelidtes krav på erstatning er omfattet af sikredes konkurs, tvangsakkord eller gældssanering. I det omfang skadelidtes krav ikke er blevet dækket, kan det fulde krav på erstatning rettes mod selskabet. Selskabet skal i de i 1. pkt. nævnte tilfælde uden ugrundet ophold underrette den sikrede om, at det har modtaget et krav på erstatning."*

Bestemmelsen blev indsat ved **lov nr. 434 af 10. juni 2003** (justitsministerens lovforslag L 169, fremsat 26. februar 2003). Lovhistorikken for paragraffen registrerer ændringen som en *indsættelse* med indholdet "Nyt stk. 2 indsat om skadelidtes indtræden i sikredes ret mod selskabet ved sikredes konkurs m.v.". De almindelige bemærkninger opsummerer selv formålet:

> *"Der foreslås endvidere en præcisering af, at skadelidte i tilfælde af skadevolderens konkurs mv. kan rette sit erstatningskrav direkte mod skadevolderens ansvarsforsikringsselskab."*

Ændringen — og de samtidige nyskabelser om forældelse i § 29 og advokatbistand i § 32, stk. 3 — hviler på et udvalgsarbejde i Justitsministeriet:

> *"De foreslåede ændringer af forsikringsaftaleloven bygger på betænkning nr. 1423/2002 om forsikringsaftaleloven, som er afgivet af et udvalg under Justitsministeriet. Lovforslaget svarer i det væsentlige til udvalgets lovudkast."*

Overgangsreglen er praktisk vigtig. Loven trådte i kraft den 1. juli 2004, og ændringen af § 95 (lovforslagets § 1, nr. 14) "finder anvendelse på skader, der indtræder efter lovens ikrafttræden". For ældre skader gælder derfor fortsat alene stk. 1 (den fulde tekst af lovforslaget er tilgængelig på retsinformation).

Rækkevidden af udtrykket "det fulde krav på erstatning" har været prøvet af Højesteret i Sag 282/2011, der ud over spørgsmålet om arbejdsgiverbegrebet i sygedagpengelovens § 78, stk. 1 netop angik fortolkningen af "det fulde krav" i forsikringsaftalelovens § 95, stk. 2.

Bemærk endelig underretningspligten i stk. 2, 3. pkt.: modtager selskabet et krav fra en skadelidt i konkurs-, akkord- eller gældssaneringstilfældene, skal det uden ugrundet ophold underrette sikrede. Pligten sikrer, at sikrede — der jo fortsat er den ansvarlige — får mulighed for at varetage sine interesser under selskabets behandling af kravet.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 32, stk. 3 · Forsikringsaftaleloven § 95, stk. 2	
PRAKSIS	**Højesteret** · Direkte søgsmål mod ansvarsforsikringsselskab under [Forsikringsaftalelovens § 95, stk. 1](/loven/forsikringsaftaleloven/95)	19.08.2013
	Højesteret · Højesterets afklaring af arbejdsgiverbegrebet i sygedagpengeloven og fortolkning af 'det fulde krav' i forsikringsaftaleloven	28.06.2013

§ 5 Skadelidte arver sikredes retsstilling — selskabets indsigelser over for tredjemand

Fordi § 95 er en *indtrædelsesregel*, får skadelidte ikke mere, end sikrede selv havde. Selskabet kan derfor som udgangspunkt gøre de samme indsigelser gældende over for skadelidte, som det kunne over for sikrede: policens dækningsomfang, aftalte undtagelser, selvrisiko, maksimumdækning og de almindelige begrænsninger i hæftelsen efter forsikringsaftaleloven. Det følger direkte af § 3, at lovens regler kun gælder, hvis ikke andet er aftalt.

Højesteret fremhævede rækkevidden af de almindelige hæftelsesbegrænsninger i BS-34778/2023-HJR. En bilejer havde undladt at oplyse, at hans datter var fast bruger af bilen. Højesteret fastslog, at § 6 og § 7 er udfyldende regler:

> *Højesteret bemærkede, at § 6 og § 7 er udfyldende regler, der gælder, hvis ikke andet er aftalt, jf. lovens § 3 og § 10. Det er derfor ikke en forudsætning for, at selskabet kan påberåbe sig begrænsninger i hæftelsen, at selskabet har taget forbehold i forsikringsaftalen.*

Dækningen kunne herefter opgøres pro rata, og selskabet kunne efter almindelige forsikringsretlige principper gøre regres for den ansvarsskade, det havde udbetalt til tredjemand, og kræve kaskoerstatningen tilbagebetalt.

Kontrasten til de særlige regler om **umiddelbar hæftelse** er slående. Efter sølovens § 188 kan krav om erstatning for forureningsskade rettes direkte mod forsikringsgiveren, og her er indsigelsesadgangen udtrykkeligt afskåret:

> *"Derimod kan forsikringsgiveren ikke over for fordringshaveren påberåbe sig indsigelser, som forsikringsgiveren ville kunne påberåbe sig over for den registrerede ejer med undtagelse af indsigelsen om, at skaden er forårsaget forsætligt af den registrerede ejer selv."*

En tilsvarende afskæring findes i bekendtgørelse om ansvarsforsikring af løsgående heste § 3, hvorefter forsikringen skal tegnes således, "at den omstændighed, at forsikringstageren handler imod eller ikke efterkommer sine forpligtelser over for selskabet, ikke berettiger dette til over for en erstatningsberettiget skadelidt at nægte betaling". Bekendtgørelsen fastslår samtidig, at udbetaling til forsikringstageren sker på selskabets egen risiko.

Når den almindelige ansvarsforsikring ikke er underlagt sådanne afskæringsregler, er den naturlige konsekvens, at skadelidte ved indtræden efter § 95 må tåle policens økonomiske rammer. Det gælder også dækningssummens loft — jf. eksempelvis den lovbestemte minimumsdækning i bekendtgørelse om ansvarsforsikring af hunde § 1, hvorefter forsikringen skal dække personskade på indtil 5.000.000 kr. og tingsskade på indtil 2.000.000 kr. for den ved en enkelt begivenhed forårsagede skade.

LOV Forsikringsaftaleloven § 3 · Forsikringsaftaleloven § 6 · Forsikringsaftaleloven § 7 · Søloven § 188

PRAKSIS **Højesteret** · Forsikringsselskabs adgang til regres og tilbagebetaling ved urigtige risikooplysninger om bilens faste bruger 19.02.2024

§ 6 Forældelse af det direkte krav — FAL § 29, stk. 4 og stk. 5

Skadelidtes direkte krav har sin egen forældelsesbeskyttelse. Efter § 29, stk. 4 gælder:

> *"Hvis en skadelidt inden udløbet af forældelsesfristen for et krav mod en sikret indtræder i den sikredes ret imod selskabet i medfør af § 95, forældes skadelidtes krav mod selskabet tidligst 1 år efter indtrædelsen."*

Hertil kommer den generelle foreløbige afbrydelse i § 29, stk. 5: er skaden anmeldt inden forældelsesfristens udløb, indtræder forældelse tidligst 1 år efter selskabets meddelelse om helt eller delvis afvisning — og 3 år efter meddelelsen, hvis selskabet anerkender en dækningsberettiget skade, men beder om yderligere oplysninger til opgørelsen.

Højesteret har i BS-28670/2021-HJR taget stilling til skadelidtes indtræden i sikredes forældelsesretlige stilling efter § 95, stk. 2, sammenholdt med § 29, stk. 5 og forældelseslovens § 3, stk. 1. Samme regelkompleks var på spil i BS-27352/2019-HJR, hvor Højesteret afviste en anmodning om direkte anke fra Sø- og Handelsretten i en sag om forsikringskrav og forældelse efter § 95, stk. 2, og § 29, stk. 5.

Beskyttelsen rækker derimod ikke ud over forholdet mellem skadelidte og selskabet. I Sag 223/2017 fastslog Højesteret:

> *"Højesteret finder imidlertid, at der ikke efter ordlyden af bestemmelserne i § 29, stk. 1 og 5, eller forarbejderne hertil er holdepunkter for, at anmeldelse af en skade til et ansvarsforsikringsselskab, som hæfter umiddelbart over for skadelidte, indebærer, at forældelse af kravet også foreløbigt afbrydes over for den forsikrede skadevolder."*

Højesteret understregede, at hovedprincippet i dansk ret er, at afbrydelse af forældelse skal ske særskilt over for hver enkelt solidarisk hæftende skyldner – og at det forhold, at forsikringsselskabet og de forsikrede ejendomsmæglere hæftede solidarisk, ikke ændrede kravet om en selvstændig afbrydelseshandling over for mæglerne.

Den forældelsesretlige regel i § 29 om ansvarsforsikringer, hvor selskabet hæfter umiddelbart over for skadelidte, blev indført ved samme reform som § 95, stk. 2, med den begrundelse, der fremgår af de almindelige bemærkninger:

> *"Ved ansvarsforsikringer, hvor selskabet hæfter umiddelbart over for skadelidte, f.eks. ansvarsforsikring for motordrevne køretøjer, foreslås det, at kravet mod forsikringsselskabet skal forældes efter de samme regler, som gælder for skadelidtes krav mod skadevolderen. Hermed undgås det, at skadelidtes krav mod selskabet er forældet, mens kravet mod skadevolderen består."*

LOV Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 4, 5 · Forsikringsaftaleloven § 95, stk. 2 · Forældelsesloven § 3, stk. 1

PRAKSIS
- **Højesteret** · Højesterets afgørelse om skadelidtes indtræden i sikredes forældelsesretlige stilling efter Forsikringsaftalelovens § 95, stk. 2 — 24.02.2022
- **Højesteret** · Højesterets afvisning af direkte anke fra Sø- og Handelsretten i sag om forsikringskrav og forældelse — 04.12.2019
- **Højesteret** · Forældelse af erstatningskrav mod ejendomsmæglere: Fortolkning af forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5 — 29.05.2018

§ 7 § 95, stk. 3: forholdsmæssig fordeling når flere skadelidte konkurrerer om en utilstrækkelig forsikringssum

Er dækningssummen for lille til at dække alle krav fra samme forsikringsbegivenhed, gælder efter § 95, stk. 3:

> *"Har flere skadelidte krav på erstatningsydelsen for en forsikringsbegivenhed, og overstiger deres for selskabet anmeldte krav tilsammen, hvad selskabet er pligtigt at yde, skal de, for så vidt ikke andet er vedtaget, fyldestgøres forholdsmæssigt."*

Tre træk ved reglen fortjener at blive fremhævet:

- Fordelingen omfatter kun de krav, der er **anmeldt for selskabet**. Et ikke-anmeldt krav deltager ikke i fordelingen og risikerer dermed at blive mødt af, at summen allerede er udtømt.
- Reglen er **deklaratorisk** – "for så vidt ikke andet er vedtaget". Policevilkår kan altså fastsætte en anden fordelingsnøgle, fx prioritering af personskade frem for tingsskade.
- Reglen forudsætter, at kravene knytter sig til **én forsikringsbegivenhed**. Afgrænsningen af, hvad der udgør én begivenhed, får dermed direkte økonomisk betydning for skadelidte.

Den samme fordelingsteknik går igen i den særlige forsikringslovgivning. Bekendtgørelse om ansvarsforsikring af løsgående heste § 3 bestemmer således:

> *"Har flere skadelidte krav på erstatning i anledning af samme under forsikringen faldende skade, og overstiger deres krav tilsammen, hvad selskabet er pligtig til at yde, skal de, for så vidt kravene er anmeldt til selskabet eller på anden måde kommet til dets kundskab, fyldestgøres forholdsmæssigt."*

Bemærk den lille, men vigtige udvidelse i bekendtgørelsen: her deltager også krav, der "på anden måde" er kommet til selskabets kundskab, mens forsikringsaftalelovens § 95, stk. 3, efter sin ordlyd knytter an til de *anmeldte* krav.

LOV `Forsikringsaftaleloven § 95, stk. 3`

§ 8 Umiddelbar hæftelse ved siden af § 95: motoransvar og hundeansvar

For visse forsikringstyper har lovgiver gået skridtet videre end § 95 og pålagt selskabet at hæfte *umiddelbart* over for skadelidte — dvs. uden krav om, at ansvaret først er fastslået, og uden at skadelidte skal gå vejen om sikredes dækningskrav.

- Færdselsloven § 108, stk. 1: "Forsikringsselskabet hæfter umiddelbart over for skadelidte for erstatning efter § 105, stk. 1."
- Hundeloven § 8, stk. 2: besidderen skal holde hunden ansvarsforsikret, og "[f]orsikringsselskabet hæfter umiddelbart over for skadelidte for erstatning efter stk. 1".

Den umiddelbare hæftelse er et **supplement**, ikke en eksklusiv kanal. Vestre Landsret fastslog i BS-51536/2024-VLR, at erstatningskrav for hundebid kan rettes direkte mod hundebesidderen trods forsikringsselskabets umiddelbare hæftelse efter hundelovens § 8, stk. 2. Skadelidte har altså valget mellem skadevolder og selskab.

Socialministeriets vejledning om regres for sygedagpenge beskriver den praktiske konsekvens af sondringen:

> *"Det er som udgangspunkt en betingelse, at den pågældende skadevolder foretager anmeldelse til sit forsikringsselskab, før selskabet har mulighed for at realitetsbehandle sagen. I visse sager, f.eks. færdselssager, hæfter selskabet imidlertid direkte over for skadelidte, og i disse sager er det ikke en betingelse for gennemførelse af regreskravet via forsikringsselskabet, at skadevolder har anmeldt sagen til sit forsikringsselskab."*

Sondringen har også processuelle følger. Rigsadvokatmeddelelsen, afsnittet om aktindsigt, fastslår:

> *"Forsikringsselskabet hæfter direkte for erstatningen, bl.a. i færdselssager, hvor der er objektivt ansvar for skader forvoldt af motordrevne køretøjer, jf. færdselslovens § 108, stk. 1, og i sager om skader forvoldt af hunde, jf. hundelovens § 8, stk. 2."*

I disse tilfælde må selskabet efter Rigsadvokatmeddelelsen antages at have en sådan direkte interesse i straffesagens materiale, at der efter retsplejelovens § 41 d, stk. 1 kan meddeles aktindsigt i de akter, der er relevante for afklaringen af erstatningskravet — hvorimod et selskab, der alene dækker efter § 95, som udgangspunkt må gå ad fuldmagts- eller meroffentlighedsvejen.

LOV `Færdselsloven § 108, stk. 1` `Hundeloven § 8, stk. 2` `Retsplejeloven § 41d, stk. 1`

PRAKSIS **Landsretten** · Erstatningskrav for hundebid kan rettes direkte mod hundebesidder trods forsikringsselskabs umiddelbare hæftelse 04.02.2025

§ 9 Når ansvarsforsikringsselskabet selv går konkurs: Garantifonden og dens grænser

§ 95 hjælper skadelidte, når *skadevolderen* er insolvent. Går derimod *selskabet* konkurs, er det garantifondsordningen, der skal træde til. Efter garantifondslovens § 5, stk. 1 dækker Fonden bl.a. erstatningskrav til "tredjemænd, der er sikret mod personskade ifølge øvrige ansvarsforsikringer" (nr. 2).

To begrænsninger springer i øjnene:

- Dækningen af tredjemands krav under "øvrige ansvarsforsikringer" omfatter efter ordlyden **personskade** – ikke tingsskade.
- Efter § 5, stk. 3 dækker Fonden som hovedregel kun krav, der er opstået senest 4 uger efter, at kurator eller Fonden har givet meddelelse om konkursen til fordringshaverne, med de udvidelser for bl.a. ejerskifte-, byggeskade- og sælgeransvarsforsikringer, der følger af stk. 4.

Rækkevidden af udtrykket "øvrige ansvarsforsikringer" var netop stridspunktet i BS-1915/2022-HJR efter Alpha Insurance A/S' konkurs den 8. maj 2018. Højesteret afgrænsede begrebet negativt over for arbejdsulykkesforsikring og stadfæstede Østre Landsrets dom i BS-5117/2020-OLR: den danske garantifond var ikke forpligtet til at dække de norske arbejdstageres krav.

Processuelt håndteres krav mod et konkursramt forsikringsselskab efter konkurslovens almindelige regler om fordringsprøvelse. Højesteret afviste i BS-41325/2024-HJR en anmodning om direkte anke fra Sø- og Handelsrettens Skifteret i en fordringsprøvelsessag, der bl.a. angik garantifondslovens § 9, stk. 2 og konkurslovens § 252.

På motoransvarsområdet er informationsforpligtelsen udtrykkeligt reguleret: efter bekendtgørelse om ansvarsforsikring for motordrevne køretøjer mv. § 23 skal DFIM sikre, at skadelidte, som søger erstatning i anledning af et forsikringsselskabs konkurs, får de nødvendige oplysninger om mulighederne for at ansøge om erstatning hos Garantifonden. Finansieringen af ordningen er reguleret i bekendtgørelse om bidrag til Garantifonden for skadesforsikringsselskaber.

LOV	Konkursloven § 252 · Lov om en garantifond for skadesforsikringsselskaber § 5, stk. 1-4	
PRAKSIS	**Højesteret** · Højesterets afvisning af direkte anke fra Sø- og Handelsrettens Skifteret i sag om fordringsprøvelse	23.05.2025
	Højesteret · Norske yrkesskadeforsikringer og den danske garantifonds dækningspligt ved konkurs	05.01.2023
	Landsretten · Afgørelse om dækning af erstatningskrav i norsk yrkesskadeforsikring ved konkurs i dansk forsikringsselskab	22.12.2021

§ 10 Første betingelse for enhver dækning: at sikrede har pådraget sig et juridisk erstatningsansvar

Uanset om skadelidte går frem efter § 95, stk. 1 eller stk. 2, forudsætter dækning, at sikrede faktisk er erstatningsansvarlig. Ankenævnet for Forsikring afgør en stor del af sine ansvarssager alene på dette punkt – og resultatet skuffer ofte den forsikringstager, der *føler* sig ansvarlig.

I AK 98040 snublede en forsikringstager over et løstliggende gulvtæppe og ramte sin kæreste i baghovedet, så hun fik hjernerystelse. Han betalte selv 6.000 kr. for behandlingerne og søgte dem refunderet. Nævnet afviste:

> *"Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ikke har udvist uagtsomhed ved den beskrevne hændelse. Nævnet kan derfor ikke kritisere selskabets afgørelse. Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren snublede over et tæppe, hvilket må betegnes som et hændeligt uheld."*

Nævnet præciserede, at selv om klageren følte sig ansvarlig, er dette ikke ensbetydende med et retligt ansvar, der udløser dækning under policen. Samme resultat i AK 98719, hvor en gæst under akut sygdom og dyb søvn ødelagde værtens sofa:

> *"Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ikke har udvist uagtsomhed ved den beskrevne hændelse, hvorfor han ikke er ansvarlig for den skete skade."*

Omvendt kan selv beskeden uagtsomhed være nok. I AK 63757 spildte en deltager i et offentligt arrangement kaffe på en anden gæsts jakke. Nævnet fandt, at hun havde handlet uagtsomt, "hvorfor selskabet skal anerkende erstatningspligten og opgøre og dække skaden".

Mange privatpolicer indeholder derudover en særskilt dækning for **gæstebudsskader** — tingsskader forvoldt uagtsomt under privat samvær, uden at juridisk ansvar foreligger. I AK 102520 satte en gæst en brændvarm gryde på datterens laminatbordplade. Nævnet fandt, at klageren udviste en vis grad af uagtsomhed, og at forholdet var omfattet af vilkårenes bestemmelse om gæstebudsskade, som dækker "skader på ting under almindeligt privat samvær, hvor skadevolderen kun har udvist ringe uagtsomhed, og hvor dansk retspraksis normalt ville frifinde skadevolderen for erstatningsansvar". Selskabet skulle derfor anerkende dækning. Gæstebudsdækningen har dog sine grænser: i AK 98719 fandt nævnet, at omstændighederne — akut sygdom under søvn — ikke kvalificerede til dækning under bestemmelsen. Se også AK 99984 om en skade forvoldt ved brug af stjernekaster indendørs.

Endelig viser AK 85472, hvordan policens dækningskatalog skal læses. En maler faldt ned gennem et uafdækket hul i etagedækket i klagerens ejerlejlighed under ombygning. Nævnets flertal fandt, at ansvaret var et erstatningsansvar uden for kontrakt efter culpareglen, at klageren havde ageret som privatperson, og videre:

> *"Det er nævnets flertals opfattelse, at forsikringsbetingelsernes punkt 8.1.2-8.1.4 efter sin sproglige udformning og sit indhold må anses for tillæg til og ikke indskrænkninger af den dækning, der ydes efter punkt 8.1.1."*

Et mindretal ville henføre ansvaret til grundejeransvaret, som efter vilkårene ikke omfattede ejerlejligheder.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 95, stk. 1	
PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Ansvarsforsikringsdækning for skade på køkkenbord forvoldt af gæst	05.02.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for skade forvoldt ved brug af stjernekaster indendørs	13.09.2023
	Ankenævnet for Forsikring · Erstatningsansvar for ødelagt sofa som følge af hændeligt uheld under søvn	04.01.2023
	Ankenævnet for Forsikring · Forsikringstager faldt over et tæppe og skadede sin kæreste: Spørgsmål om erstatningsansvar og hændeligt uheld	15.06.2022
	Ankenævnet for Forsikring · GF-Forsikring A/S: Afvisning af dækning for ansvarsskade efter fald i uafdækket hul i ejerlejlighed	25.08.2014
	Ankenævnet for Forsikring · Sag om spildt kaffe på jakke: Uenighed om erstatningsansvar og dækning	31.01.2005

§ 11 Privatansvarsforsikringens typiske undtagelser — erhverv, aftaleansvar, varetægt og familieforhold

Selv hvor ansvaret er på plads, kan policens undtagelser slå dækningen ihjel — og fordi skadelidte efter § 95 blot indtræder i sikredes ret, rammer undtagelserne også ham. Fire undtagelsestyper dominerer praksis.

Ansvar under erhverv eller arbejde. Standardvilkårene undtager ansvar for skade i forbindelse med udøvelse af erhverv eller arbejde, der kan sidestilles hermed. Rækkevidden kan være vidtgående. I AK 101344 ramte en gulvskrubbe en spisebordslampe, mens klageren og ægtefællen gjorde rent i familiemedlemmers hjem forud for deres hjemkomst. Nævnet fandt dels, at der ikke var udvist ansvarspådragende uagtsomhed, dels at rengøringen var udført i familiemedlemmernes interesse og havde karakter af en **vennetjeneste** — som netop var omfattet af vilkårenes definition af "arbejde" i punkt 16.2.d. Dækning blev derfor afvist på begge ben.

Ansvar der alene hviler på et aftalegrundlag. I AK 96199 blev en bærende væg fjernet og erstattet af en underdimensioneret limtræsbjælke, hvilket gav alvorlige sætningsskader hos overboen. Byretten havde dømt forsikringstageren til at betale 600.000 kr. — men udelukkende med hjemmel i en samejekontrakt. Nævnet gav selskabet medhold i, at ansvaret var undtaget efter vilkårenes punkt 24:

> *"Nævnet finder på den baggrund at måtte lægge til grund, at grundlaget for, at klageren er gjort ansvarlig, er samejekontrakten. Nævnet finder, at klageren ikke har godtgjort, at han ville være pålagt erstatningsansvar på ikke-kontraktretligt grundlag."*

Nævnet afviste derimod selskabets synspunkt om, at fjernelsen af en enkelt bærende væg udgjorde "nedbrydning" i vilkårenes forstand.

Skade på ting i sikredes varetægt, lån eller leje. Vilkårene undtager typisk ansvar for skade på "dyr og ting, som de sikrede ejer eller har til brug, lån, leje, opbevaring, befordring, behandling, har sat sig i besiddelse af, eller af anden grund har i deres varetægt". Undtagelsen er ofte modificeret af en tidsbegrænset genindsættelse af dækningen. I AK 46120 var en computer lånt af klagerens mor blevet stjålet af klagerens samlever, der selv var sikret under policen. Tyveridækningen var derfor udelukket, men nævnets flertal udtalte:

> *"Selv om skaden ikke kan dækkes som tyveriskade, da tyveriet er forvoldt af en sikret i henhold til policen, finder nævnet, at skaden herefter må anses dækket i henhold til forsikringsbetingelsernes punkt 28 E, hvorefter forsikringen dækker ansvar for skade på lånt og lejet indbo i indtil 1 måned fra overtagelsesdagen."*

Varetægtsundtagelsen var også afgørende i AK 93539 om skade på brændeovn og murværk.

Skade på familiemedlemmer og medlemmer af husstanden. I AK 99068 skubbede klageren med foden til et jagtgevær hos et familiemedlem, så skæftet knækkede. Nævnet fandt dels, at der ikke var udvist ansvarspådragende uagtsomhed, dels at vilkårenes punkt 16.3 h) specifikt undtog "Damage or injury caused to family members". Nævnet fremhævede tillige, at policen dækker, når den forsikrede bliver erstatningsansvarlig "i henhold til de generelle regler om erstatningsansvar for ikke-kontraktmæssige skader". Socialministeriets vejledning om anbringelse beskriver den tilsvarende problemstilling i plejeforhold: "Der kan normalt ikke tegnes forsikring, der dækker skader forvoldt af et anbragt barn eller en ung på plejefamiliens ejendom eller indbo, da barnet eller den unge indgår i husstanden."

Sikredes egne omkostninger. Endelig dækker ansvarsforsikringen erstatningen til skadelidte, ikke sikredes egne udgifter til forsvarer m.v. I AK 56965 havde selskabet udbetalt erstatningen på 1.480 kr. direkte til

skadelidte, men afviste at dække sagsomkostningerne i straffesagen. Nævnet kunne ikke kritisere afvisningen og bemærkede, at det ikke var godtgjort, at omkostningsbeløbet var forøget som følge af, at det civile krav blev behandlet under straffesagen.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 3 · Forsikringsaftaleloven § 95, stk. 1	
PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Afslag på dækning af skadet lampe under rengøring for familiemedlemmer (vennetjeneste)	29.05.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for skade på jagtgevær hos familiemedlem	09.08.2023
	Ankenævnet for Forsikring · Ansvarsforsikringens dækning ved sætningsskader under ombygning og betydningen af kontraktretligt ansvar	30.06.2021
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for skade på brændeovn og murværk grundet varetægt og manglende uagtsomhed	02.10.2019
	Ankenævnet for Forsikring · Topdanmark Forsikring A/S – Afvisning af dækning for sagsomkostninger i straffesag	08.07.2002
	Ankenævnet for Forsikring · Topdanmark Forsikring A/S – Afvisning af dækning for tyveri begået af en sikret	17.08.1998

§ 12 Betaling, forrentning og omkostninger ved skadelidtes direkte krav

Skadelidtes krav mod ansvarsforsikringsselskabet er ikke undergivet forsikringsaftalelovens almindelige regler om forfaldstid og forrentning. Efter § 24, stk. 4 gælder stk. 1-3 — 14-dagesfristen, forrentningen efter rentelovens § 5 og forbuddet mod at gøre forfaldstiden afhængig af selskabets egen beslutning — "ikke for den skadelidtes krav mod selskabet" ved ansvarsforsikring. Forfaldstid og rente følger i stedet erstatningsretten, jf. navnlig erstatningsansvarslovens § 16.

Højesteret har i BS-23851/2021-HJR udtalt sig om, hvornår skadevolder (ansvarsforsikringsselskabet) har de "fornødne oplysninger" til at bedømme erstatningens størrelse efter EAL § 16, stk. 1:

> *"Særligt for så vidt angår denne periode bemærkes, at når der foreligger en sådan midlertidig afgørelse, har skadevolder (ansvarsforsikringsselskabet) kendskab til størrelsen af den midlertidige erhvervsevnetabserstatning efter arbejdsskadesikringsloven, der efter erstatningsansvarslovens § 2, stk. 2, skal fradrages i erstatningen for tabt arbejdsfortjeneste for samme periode."*

Usikkerhed om, at arbejdsskademyndighederne senere kan ændre afgørelsen med tilbagevirkende kraft, kunne ikke begrunde, at selskabet standsede udbetaling og forrentning.

Til gengæld har skadelidte en selvstændig ret til omkostningsdækning. Efter § 32, stk. 3 kan sikrede i forbindelse med udenretlig fremsættelse og opgørelse af krav mod selskabet kræve rimelige og nødvendige udgifter til advokatbistand dækket af selskabet — og "[v]ed ansvarsforsikring finder 1. pkt. tilsvarende anvendelse med hensyn til den skadelidtes erstatningskrav mod selskabet". Bestemmelsen blev indsat ved den samme reform i 2003 som § 95, stk. 2.

Om rækkevidden af selskabets indtrædelsesret i skadelidtes øvrige krav har Højesteret sat en klar grænse i BS-46420/2020-HJR. Et flertal fandt, at hverken arbejdsskadesikringslovens § 29, stk. 2, dennes analogi eller almindelige obligationsretlige regler giver et ansvarsforsikringsselskab, der har udbetalt erstatning for tabt arbejdsfortjeneste, ret til at indtræde i skadelidtes krav på midlertidig erhvervsevnetabserstatning — netop fordi lovgiver bevidst havde taget en foreslået bestemmelse herom ud af lovforslaget. Om samspillet mellem egen

skyld og arbejdsskadeydelser, se Sag 253/2017, hvor Højesteret fastslog, at arbejdsskadeydelser fratrækkes i det fulde erstatningskrav, inden der sker nedsættelse for egen skyld.

LOV Erstatningsansvarsloven § 16, stk. 1 Forsikringsaftaleloven § 24, stk. 4 Forsikringsaftaleloven § 32, stk. 3

PRAKSIS **Højesteret** · Højesterets dom om forrentning af erstatning for tabt arbejdsfortjeneste ved arbejdsskader 22.03.2022

Højesteret · Højesterets dom om ansvarsforsikringsselskabs manglende indtrædelsesret i midlertidig erhvervsevnetabserstatning 23.08.2021

Højesteret · Beregning af differenceerstatning ved egen skyld og arbejdsskadeydelser 30.08.2018

§ 13 Samspillet med erstatningsansvarslovens fordelings- og kanaliseringsregler

Hvor flere er solidarisk ansvarlige, og en eller flere er ansvarsforsikrede, styres den indbyrdes fordeling af erstatningsansvarslovens § 25:

> *"Stk. 1. Den indbyrdes fordeling af erstatningsbyrden mellem flere solidarisk erstatningsansvarlige foretages efter, hvad der under hensyn til ansvarets beskaffenhed og omstændighederne i øvrigt må anses for rimeligt.*
>
> *Stk. 2. Er en eller flere af de erstatningsansvarlige dækket af en ansvarsforsikring, gælder § 19, stk. 1 og 2, og § 21. I de tilfælde, der er nævnt i § 19, stk. 2, nr. 1 og 2, og § 21, kan der ved den indbyrdes fordeling af erstatningsbyrden mellem skadevolderne tages hensyn til foreliggende ansvarsforsikringer. § 20 finder tilsvarende anvendelse."*

At der "kan tages hensyn til foreliggende ansvarsforsikringer" betyder, at fordelingen mellem to ansvarsforsikrede skadevoldere reelt bliver en fordeling mellem to forsikringsselskaber — og at den erstatningsretlige rimelighedsvurdering derfor sker på et forsikringsdækket grundlag.

Den bevismæssige side af § 25-fordelingen var temaet i Sag 60/2018 om bevisbyrden for fordeling af erstatningsansvaret mellem forsikringsselskaber ved et harmonikasammenstød, afgjort efter EAL § 25, stk. 1 sammenholdt med færdselslovens § 101, stk. 1 og § 103, stk. 1.

Hertil kommer kanaliseringsreglerne i EAL § 19, der bestemmer, at der ikke er erstatningsansvar, i det omfang skaden er dækket af en tings- eller driftstabsforsikring — dog med undtagelse for forsæt/grov uagtsomhed og for skade forvoldt ved udøvelse af offentlig eller erhvervsmæssig virksomhed. Efter § 19, stk. 3 ifalder en arbejdstager, der har forvoldt en skade dækket af en tingsforsikring, en driftstabsforsikring **eller arbejdsgiverens ansvarsforsikring**, ikke erstatningsansvar, medmindre skaden er forvoldt forsætligt eller ved grov uagtsomhed. Ansvarsforsikringens eksistens har altså direkte materiel betydning for, om et ansvar overhovedet består.

Afgrænsningen mod regres og subrogation mellem selskaberne behandles i subrogation-regres-forsikring-, mens de subjektive dækningsundtagelser for forsæt og grov uagtsomhed hører under ansvarsforsikring-forsaet-grov-uagtsomhed.

LOV Erstatningsansvarsloven § 19, stk. 1-3 Erstatningsansvarsloven § 25, stk. 1, 2 Færdselsloven § 101, stk. 1

PRAKSIS **Højesteret** · Bevisbyrde for fordeling af erstatningsansvar mellem forsikringsselskaber ved harmonikasammenstød 13.12.2018

§ 14 Sammenfatning: fem spørgsmål der afgør skadelidtes direkte krav

Praksis på området kan sammenfattes i en fast rækkefølge af spørgsmål, som både rådgiver og domstol må gennemgå.

1. Er der overhovedet et ansvar? Ansvarsforsikringen dækker det tab, sikrede lider ved at blive erstatningspligtig over for tredjemand, jf. Højesterets definition i BS-1915/2022-HJR. Uden juridisk erstatningsansvar er der ingen forsikringsbegivenhed — det er hovedforklaringen på nævnsafgørelser som AK 98040 og AK 98719.

2. Er ansvaret dækket efter policen? Undtagelserne for erhverv/arbejde (AK 101344), rent kontraktretligt ansvar (AK 96199), varetægt/lån/leje (AK 46120, AK 93539) og skade på familiemedlemmer (AK 99068) er de hyppigste dækningsstop.

3. Hvilken indtrædelseshjemmel har skadelidte? Enten § 95, stk. 1 (ansvar fastslået og beløb bestemt), § 95, stk. 2 (konkurs, tvangsakkord, gældssanering — for skader indtruffet efter 1. juli 2004), eller en særlig regel om umiddelbar hæftelse som færdselslovens § 108, stk. 1 og hundelovens § 8, stk. 2. Den umiddelbare hæftelse afskærer ikke kravet mod skadevolderen selv, jf. BS-51536/2024-VLR.

4. Hvilke indsigelser kan selskabet gøre gældende? Ved indtræden efter § 95 arver skadelidte sikredes retsstilling — med policens begrænsninger og de udfyldende hæftelsesregler i FAL §§ 6-7, jf. BS-34778/2023-HJR. Kun hvor lovgiver udtrykkeligt har afskåret indsigelserne — som i sølovens § 188 og bekendtgørelsen om ansvarsforsikring af løsgående heste § 3 — får skadelidte en bedre stilling end sikrede. Selskabet må dog ikke gennem forhandlinger med sikrede forringe skadelidtes ret, jf. § 96.

5. Er kravet rettidigt — og rettet mod den rigtige? § 29, stk. 4 giver mindst 1 år fra indtrædelsen, § 29, stk. 5 mindst 1 år fra afvisningen af en rettidigt anmeldt skade — men anmeldelsen afbryder ikke forældelsen over for skadevolderen selv, jf. Sag 223/2017. Kravet på forsikringsydelsen skal rettes mod selskabet, ikke forsikringstageren, jf. BS-26769/2023-VLR — og går selskabet selv konkurs, dækker Garantifonden efter garantifondslovens § 5, stk. 1 kun tredjemands personskade under "øvrige ansvarsforsikringer".

Rækker forsikringssummen ikke til alle, deles den forholdsmæssigt mellem de anmeldte krav efter § 95, stk. 3, medmindre andet er vedtaget.

LOV
Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 4, 5 · Forsikringsaftaleloven § 95, stk. 1-3 · Forsikringsaftaleloven § 96 · Færdselsloven § 108, stk. 1 · Hundeloven § 8, stk. 2 · Lov om en garantifond for skadesforsikringsselskaber § 5, stk. 1

PRAKSIS

Højesteret · Forsikringsselskabs adgang til regres og tilbagebetaling ved urigtige risikooplysninger om bilens faste bruger	19.02.2024
Højesteret · Norske yrkesskadeforsikringer og den danske garantifonds dækningspligt ved konkurs	05.01.2023
Højesteret · Forældelse af erstatningskrav mod ejendomsmæglere: Fortolkning af forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5	29.05.2018
Landsretten · Vestjyllands Andel frifundet for krav om udbetaling af dødsfaldsdækning under kollektiv forsikring	04.03.2025
Landsretten · Erstatningskrav for hundebid kan rettes direkte mod hundebesidder trods forsikringsselskabs umiddelbare hæftelse	04.02.2025

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af skadet lampe under rengøring for familiemedlemmer (vennetjeneste) 29.05.2024

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for skade på jagtgevær hos familiemedlem 09.08.2023

Ankenævnet for Forsikring · Erstatningsansvar for ødelagt sofa som følge af hændeligt uheld under søvn 04.01.2023

Ankenævnet for Forsikring · Forsikringstager faldt over et tæppe og skadede sin kæreste: Spørgsmål om erstatningsansvar og hændeligt uheld 15.06.2022

Ankenævnet for Forsikring · Ansvarsforsikringens dækning ved sætningsskader under ombygning og betydningen af kontraktretligt ansvar 30.06.2021

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for skade på brændeovn og murværk grundet varetægt og manglende uagtsomhed 02.10.2019

Ankenævnet for Forsikring · Topdanmark Forsikring A/S – Afvisning af dækning for tyveri begået af en sikret 17.08.1998

REFERENCE Lovgrundlag

6 paragraffer

Erstatningsansvarsloven § 25	stk. 2	Forsikringsaftaleloven § 24	stk. 4
Forsikringsaftaleloven § 29	stk. 4	Forsikringsaftaleloven § 95	stk. 1-3
Forsikringsaftaleloven § 96		Lov om en garantifond for skadesforsikringsselskaber § 5	stk. 1

MATERIALE Citerede afgørelser

28 afgørelser

HØJESTERET · ØVERSTE INSTANS 12

23.05.2025	Højesterets afvisning af direkte anke fra Sø- og Handelsrettens Skifteret i sag om fordringsprøvelse	41325-2024
19.02.2024	Forsikringsselskabs adgang til regres og tilbagebetaling ved urigtige risikooplysninger om bilens faste bruger	bs-34778-2023-hjr
05.01.2023	Norske yrkesskadeforsikringer og den danske garantifonds dækningspligt ved konkurs	bs-1915-2022-hjr
22.03.2022	Højesterets dom om forrentning af erstatning for tabt arbejdsfortjeneste ved arbejdsskader	bs-23851-2021-hjr
24.02.2022	Højesterets afgørelse om skadelidtes indtræden i sikredes forældelsesretlige stilling efter Forsikringsaftalelovens § 95, stk. 2	bs-28670-2021-hjr
23.08.2021	Højesterets dom om ansvarsforsikringsselskabs manglende indtrædelsesret i midlertidig erhvervsevnetabserstatning	46420-2020
04.12.2019	Højesterets afvisning af direkte anke fra Sø- og Handelsretten i sag om forsikringskrav og forældelse	bs-27352-2019-hjr
13.12.2018	Bevisbyrde for fordeling af erstatningsansvar mellem forsikringsselskaber ved harmonikasammenstød	60-2018

30.08.2018	Beregning af differenceerstatning ved egen skyld og arbejdsskadeydelser	253-2017
29.05.2018	Forældelse af erstatningskrav mod ejendomsmæglere: Fortolkning af forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5	223-2017
19.08.2013	Direkte søgsmål mod ansvarsforsikringsselskab under [Forsikringsaftalelovens § 95, stk. 1](/loven/forsikringsaftaleloven/95)	33-2013
28.06.2013	Højesterets afklaring af arbejdsgiverbegrebet i sygedagpengeloven og fortolkning af 'det fulde krav' i forsikringsaftaleloven	282-2011

LANDSRETTEN · ANKEINSTANS 3

04.03.2025	Vestjyllands Andel frifundet for krav om udbetaling af dødsfaldsdækning under kollektiv forsikring	9895-11579
04.02.2025	Erstatningskrav for hundebid kan rettes direkte mod hundebesidder trods forsikringsselskabs umiddelbare hæftelse	10046-11766
22.12.2021	Afgørelse om dækning af erstatningskrav i norsk yrkesskadeforsikring ved konkurs i dansk forsikringsselskab	2298-2736

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS 13

05.02.2025	Ansvarsforsikringsdækning for skade på køkkenbord forvoldt af gæst	102520
29.05.2024	Afslag på dækning af skadet lampe under rengøring for familiemedlemmer (vennetjeneste)	101344
06.03.2024	Afgørelse om dækning af erstatningskrav efter udeblivelsesdom i skiulykkesag	100141
13.09.2023	Afvisning af dækning for skade forvoldt ved brug af stjernekaster indendørs	99984
09.08.2023	Afvisning af dækning for skade på jagtgevær hos familiemedlem	99068
04.01.2023	Erstatningsansvar for ødelagt sofa som følge af hændeligt uheld under søvn	98719
15.06.2022	Forsikringstager faldt over et tæppe og skadede sin kæreste: Spørgsmål om erstatningsansvar og hændeligt uheld	98040
30.06.2021	Ansvarsforsikringens dækning ved sætningsskader under ombygning og betydningen af kontraktretligt ansvar	96199
02.10.2019	Afvisning af dækning for skade på brændeovn og murværk grundet varetægt og manglende uagtsomhed	93539
25.08.2014	GF-Forsikring A/S: Afvisning af dækning for ansvarsskade efter fald i uafdækket hul i ejerlejlighed	85472
31.01.2005	Sag om spildt kaffe på jakke: Uenighed om erstatningsansvar og dækning	63757
08.07.2002	Topdanmark Forsikring A/S – Afvisning af dækning for sagsomkostninger i straffesag	56965
17.08.1998	Topdanmark Forsikring A/S – Afvisning af dækning for tyveri begået af en sikret	46120

04 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over bilforsikring — kasko og ansvar

Kasko- og ansvarsforsikring for motorkøretøjer — objektiv hæftelse, grov uagtsomhed og bevisbyrde

Version 2 Opdateret 27. jun. 2026 29 afgørelser · 2017–2026 Læs online

INTRODUKTION

Bilforsikringsretten reguleres i et samspil mellem færdselslovens kapitel 16 om objektivt ansvar og lovpligtig ansvarsforsikring (§§ 101–115) og forsikringsaftalelovens almindelige regler om skadesforsikring (§§ 18–22 og §§ 95–119). Den lovpligtige ansvarsforsikring dækker altid skadelidtes krav mod tredjepart, mens den frivillige kaskoforsikring dækker førerens egen bil og er genstand for langt de fleste tvister — typisk om grov uagtsomhed, pro rata-nedsættelse ved urigtige risikooplysninger, og bevisbyrden ved mistænkelige skadeforløb. Praksis domineres af Ankenævnet for Forsikring (flere hundrede bilforsikringssager årligt), suppleret af principielle Højesteretsafgørelser om færdselsuheldsbegrebet, regresadgangen og garantifondens dækning.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Den lovpligtige ansvarsforsikring efter færdselslovens § 105 dækker ethvert krav om erstatning for skade forvoldt af motordrevne køretøjer, der på ulykkestidspunktet anvendes som transportmiddel — også uden for færdselslovens geografiske anvendelsesområde (§ 105, stk. 1, som ændret i 2023).

02 Færdselslovens § 101 hjemler objektivt ansvar for skader forvoldt ved 'færdselsuheld', men en bildør der lukkes på en passager ved en tankstation, falder uden for begrebet, da skaden ikke er udslag af den særlige risiko ved motordrevne køretøjer (BS-35603/2022-HJR).

03 Forsikringsselskabet hæfter umiddelbart over for skadelidte efter § 108, stk. 1 — en regresaftale om uagtsomhed har kun retsvirkning ved grov hensynsløshed (§ 108, stk. 2), men denne begrænsning gælder kun regres begrundet i fremkaldelse af forsikringsbegivenheden, ikke regres ved urigtige risikooplysninger.

04 DFIM (Garantifonden) erstatter personskade forvoldt af ukendte motordrevne køretøjer — begrebet 'ukendt' fortolkes bredt, og skadelidtes undladelse af at sikre sig oplysninger i en choktilstand medfører ikke bortfald af DFIM's dækningspligt (BS-27786/2022-HJR).

05 Kørsel over for rødt lys betragtes som udgangspunkt som grov uagtsomhed i forsikringsaftalelovens forstand, og kaskoselskabet kan afvise eller begrænse dækningen fuldt ud, medmindre der foreligger væsentlige formildende omstændigheder.

06 Forsikringsselskabet kan gøre regres og kræve tilbagebetaling af kaskodækning ved urigtige risikooplysninger om bilens faste bruger efter forsikringsaftalelovens §§ 6–7, og § 108, stk. 2 begrænser ikke denne adgang (BS-34778/2023-HJR).

07 Bevisbyrden for, at en dækningsberettigende forsikringsbegivenhed er indtrådt (fx tyveri eller kollision), påhviler forsikringstageren — og nøgleudlæsning, teledata, manglende opbrudstegn og startspærre kan samlet set medføre, at bevisbyrden ikke anses for løftet.

08 Ved veteranbilsforsikring udgør den i policen anførte handelsværdi et absolut dækningsmaksimum, og selskabet har ingen pligt til at søge regres for en overskydende værdi hos skadevolder.

09 Nedslidte dæk i kombination med våd vejbane og kraftig acceleration kan udgøre en tilsidesættelse af sikkerhedsforskrift, der medfører kaskoafvisning efter forsikringsaftalelovens § 51.

10 Motorkøretøjsforsikringen dækker skader ved bakkemanøvre, selv uden for færdselslovens område, når køretøjet aktivt benyttes som trafikmiddel — samtidig brug af specialudstyr ændrer ikke dækningen (BS-27456/2021-HJR).

§ 1 Det objektive ansvar og færdselsuheldsbegrebet efter færdselslovens § 101

Motorkøretøjsforsikringens grundstamme er det objektive ansvar i færdselslovens § 101, stk. 1: den, der er ansvarlig for et motordrevet køretøj, skal erstatte skader, som køretøjet volder ved *færdselsuheld* eller ved eksplosion eller brand fra brændstofanlæg. Ansvaret er uafhængigt af skyld og blev indført med færdselsloven af 1976, byggende på betænkning nr. 1036/1985 om erstatning og forsikring for skader ved brug af motordrevne køretøjer, som konkluderede, at domstolspraksis allerede havde etableret et meget vidtgående ansvar, og at en lovfæstet objektivitetsregel var retspolitisk rimelig.

Den centrale afgrænsning er begrebet *færdselsuheld*. I BS-35603/2022-HJR fastslog Højesteret, at en bildørsskade på en tankstation — hvor en passager blev ramt i hovedet af en fordør, der blev lukket — ikke var et færdselsuheld i lovens forstand. Retten anerkendte, at bilen var i brug som trafikmiddel (skaden skete i umiddelbar tilknytning til den forudgående kørsel), men fastslog:

> *"Højesteret finder, at en situation som den foreliggende ikke kan anses for omfattet af en almindelig forståelse af begrebet 'færdselsuheld', og at beskyttelseshensynet bag færdselslovens § 101, stk. 1, ikke kan begrunde et andet resultat."*

Dommen markerer, at det objektive ansvar forudsætter en *særlig færdselsmæssig risiko* — ikke enhver skade med tilknytning til et køretøj. Der kræves dog ikke et "kørselsmæssigt usædvanligt" forhold, når bilen holder stille.

Omvendt fastslog Højesteret i BS-27456/2021-HJR, at motorkøretøjsforsikringen dækker en brandbils bakkemanøvre på en mark uden for færdselslovens § 1-område, fordi forsikringsbetingelsernes ordlyd ikke

begrænsede dækningen til offentlig vej, og fordi køretøjet aktivt blev benyttet som trafikmiddel, uanset at vandkanonen samtidig var i drift.

LOV Færdselsloven § 1 Færdselsloven § 101, stk. 1

PRAKSIS **Højesteret** · Uheld med bildør på tankstation var ikke et "færdselsuheld" efter færdselslovens § 101, stk. 1 15.08.2023

Højesteret · Højesterets dom om motorkøretøjsforsikringens dækning uden for færdselslovens område ved dødsulykke under brandslukning 08.06.2023

§ 2 Lovpligtig ansvarsforsikring, DFIM og mindstedækningssummer

Alle motordrevne køretøjer skal efter færdselslovens § 105, stk. 1 have tegnet ansvarsforsikring. Ved en større ændring i december 2023 blev bestemmelsen udvidet, så forsikringspligten gælder *uanset om skaden forvoldes inden for eller uden for lovens anvendelsesområde*, såfremt køretøjet på ulykkestidspunktet anvendes som transportmiddel. Samtidig indførtes et nyt stk. 2, der undtager køretøjer, der *udelukkende* anvendes eller opbevares uden for færdselslovens område.

Forarbejderne til 2023-ændringen præciserer:

> *"Den foreslåede ændring vil medføre, at den lovpligtige ansvarsforsikring som udgangspunkt også skal dække skader, der forvoldes uden for færdselslovens anvendelsesområde [...] § 101 om udstrækningen af det objektive erstatningsansvar foreslås endvidere ikke ændret. Det vil derfor fortsat alene være skader, der forvoldes inden for færdselslovens anvendelsesområde, der er underlagt et objektivt erstatningsansvar."*

Mindstedækningssummerne reguleres årligt og udgør pt. 136 mio. kr. for personskade og 27 mio. kr. for tingsskade pr. begivenhed, jf. § 105, stk. 3. EU-direktivets mindstebeløb (6,45 mio. EUR personskade, 1,3 mio. EUR tingsskade) ligger væsentligt under de danske.

DFIM (Dansk Forening for International Motorkøretøjsforsikring) fungerer som garantifond og dækker skadelidtes krav, når skadevoldende køretøj er ukendt, uforsikret eller tilhører et konkursramt selskab, jf. bekendtgørelse om ansvarsforsikring for motordrevne køretøjer mv. §§ 21–23. Ved uforsikret bil kan DFIM pålægge dagsgebyr på 250 kr. pr. påbegyndt dag, jf. § 13.

I BS-27786/2022-HJR fastslog Højesteret, at begrebet "ukendt køretøj" ikke forudsætter, at skadelidte ikke har haft *nogen* mulighed for at få oplysninger. En cyklist, der var kortvarigt bevidstløs og i choktilstand afviste førerens tilbud om kontaktoplysninger, var berettiget til erstatning fra DFIM:

> *"Højesteret finder, at det i den beskrevne situation var forståeligt, at A ikke sikrede sig oplysninger om føreren eller bilen."*

I landsretssagen BS-43321/2023-VLR søgte DFIM regres mod føreren af en uforsikret bil, der havde påkørt en motorcyklist. Regreskravet blev anerkendt, men lempet efter en billighedsvurdering, da føreren i god tro havde fået oplyst, at bilen var forsikret.

LOV Færdselsloven § 105, stk. 1-3 Færdselsloven § 107

PRAKSIS **Højesteret** · DFIM's erstatningsansvar for "ukendte" køretøjer ved skadelidtes undladelse af at sikre identitetsoplysninger 13.04.2023

Landsretten · Regreskrav mod fører af uforsikret bil efter færdselsuheld 09.09.2024

§ 3 Grov uagtsomhed i kaskoforsikring — kørsel for rødt og hastighedsoverskridelse

Den kaskoforsikring, der dækker førerens egen bil, er frivillig og reguleret af forsikringsaftalelovens almindelige regler. Forsikringsaftalelovens § 18, stk. 2 bestemmer, at erstatningen kan nedsættes eller bortfalde ved grov uagtsomhed, og selskaberne forbeholder sig typisk i forsikringsbetingelserne fuldstændig ansvarsfrihed ved grov uagtsomhed. Afgrænsningen mellem simpel og grov uagtsomhed er det hyppigste stridspunkt i bilforsikringssager.

Kørsel over for rødt lys betragtes efter Ankenævnets faste praksis som *udgangspunktet* for grov uagtsomhed. I sag 90425 fastslog nævnet:

> *"Nævnet finder, at klagerens adfærd har indebåret en så indlysende fare for en skade, at den må karakteriseres som groft uagtsom i forsikringsaftalelovens forstand."*

Denne praksis er konsekvent fastholdt, senest i:

- Sag 101461: Kørsel over for rødt — hverken vejarbejde, kaotisk kryds eller forveksling af lyskurver anses som formildende.
- Sag 98194: Træthed, søvnighed og manglende strafferetlig sanktion er ikke formildende omstændigheder i forsikringsretlig praksis.
- Sag 103326: Opmærksomhed rettet mod barn ved fodgængerfelt fritager ikke for kravet om at følge lyssignalet.

Kørsel i oversvømmet område behandles tilsvarende. I sag 101372 kørte forsikredeforbi en afspærring og ud i vand af ukendt dybde, hvorved bilen blev totalskadet. Nævnet fandt uagtsomheden grov.

Nedslidte dæk kan udløse afvisning som sikkerhedsforskrift. I sag 101210 havde alle fire dæk mønsterdybde under det tilladte, og klageren var påtalt forholdet af politiet samme dag — kombineret med acceleration på våd vej kvalificerede det til kaskoafvisning efter forsikringsaftalelovens § 51.

LOV Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 2 · Forsikringsaftaleloven § 20 · Forsikringsaftaleloven § 51

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Tvist om kaskodækning efter kørsel mod rødt lys: Grov uagtsomhed, procedurefejl og totalskade	10.09.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved kørsel i oversvømmet område	22.01.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved kørsel over for rødt lys	30.10.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning grundet nedslidte dæk og grov uagtsomhed	07.08.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning efter kørsel over for rødt lys: Spørgsmål om grov uagtsomhed og formildende omstændigheder	12.10.2022
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning efter færdselsuheld på grund af grov uagtsomhed ved kørsel over for rødt lys	02.08.2017

§ 4 Pro rata-nedsættelse og regres ved urigtige risikooplysninger om fast bruger

Bilforsikringspræmien beregnes på grundlag af den faste brugers risikoprofil — alder, anciennitet, skadeshistorik. Hvis den oplyste bruger ikke er den faktiske, kan selskabet nedsætte erstatningen forholdsmæssigt (pro rata) efter forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2 og gøre regres.

I den principielle Højesteretsdom BS-34778/2023-HJR havde A tegnet forsikring uden at oplyse, at hans datter var fast bruger. Datteren var involveret i to uheld, og Alm. Brand krævede regres og tilbagebetaling. Højesteret fastslog:

- A's undladelse tilregnedes ham som groft uagtsomt efter § 7, og han ansås som om han havde givet urigtig oplysning, jf. § 6.
- Færdselslovens § 108, stk. 2 — der kræver "grov hensynsløshed" for regreskrav — er *uden betydning* for regres begrundet i urigtige risikooplysninger. Bestemmelsen regulerer alene regres begrundet i *fremkaldelse af forsikringsbegivenheden*.
- §§ 6–7 er udfyldende regler og gælder, *selv om* selskabet ikke har taget forbehold i forsikringsaftalen.

Ankenævnets praksis følger dette spor:

Sag	Forhold	Udfald
98985	Barn var primær bruger (bl.a. Facebook-billede, værkstedsoplysninger)	Pro rata-nedsættelse og regres anerkendt
99083	Barn kørte for handicappet mor uden kørekort — fører, ikke bruger	Selskabet underkendt — fuld erstatning
94195	Urigtige oplysninger om kørekort	Forsikring ophævet med tilbagevirkende kraft — § 6, stk. 1

Sondringen mellem *fast bruger* og *lejlighedsvis fører* er afgørende. Nævnet undersøger, hvem der har selvstændig rådighed over bilen, betaler benzin og forsikring, og om bilen er indrettet efter den oplyste eller den faktiske bruger.

LOV Forsikringsaftaleloven § 6, stk. 1-2 · Forsikringsaftaleloven § 7 · Færdselsloven § 108, stk. 2

PRAKSIS
- **Højesteret** · Forsikringsselskabs adgang til regres og tilbagebetaling ved urigtige risikooplysninger om bilens faste bruger — 19.02.2024
- **Ankenævnet for Forsikring** · Pro rata-erstatning og regreskrav efter bilskade: Tvist om brugerforhold — 09.08.2023
- **Ankenævnet for Forsikring** · Tvisten om pro rata-dækning ved biltyveri: Spørgsmål om brugerforhold og oplysningspligt — 29.03.2023
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afgørelse om afvisning af kaskoskadeerstatning til bilejer grundet forsikringstagers urigtige oplysninger om kørekortforhold — 01.04.2020

§ 5 Bevisbyrde ved mistænkeligt skadeforløb — tyveri, brand og solouheld

I kaskoforsikringssager er det forsikringstageren, der skal bevise, at en dækningsberettigende forsikringsbegivenhed er *indtrådt*. Bevisbyrden skærpes i praksis ikke til fuldt bevis, men en samlet vurdering af modstridende tekniske beviser kan medføre, at kravet afvises. Denne bevisbyrderegel er fastslået i et stort antal Ankenævnsafgørelser og i domspraksis.

Biltyveri med startspærre og nøgleudlæsning: Moderne bilers fabriksmonterede startspærre gør det teknisk krævende at bortkøre bilen uden rette nøgle. Nøgleudlæsning og serverdata spiller en central rolle i bevisbedømmelsen:

- Sag 101999: Digital aktivitet i bilen *efter* anmeldt tyveritidspunkt og ingen opbrudsmærker — afvisning fastholdt.
- Sag 103473: Ældre bil med 430.000 km, startspærre og begge nøgler hos klageren — nævnet fandt det usandsynligt, at en gerningsmand ville investere store ressourcer.
- Sag 98809: Nøgleudlæsning viste 0°C og km-stand 1.500 km over det oplyste. Klageren afgav fire forskellige forklaringer om den anden nøgle. Tyveridækning afvist, men selskabets regreskrav bortfaldt, da det efter erstatningsansvarsloven §§ 19 og 22 kræver forsæt eller grov uagtsomhed.

Uoverensstemmelse mellem anmeldt forløb og tekniske spor:

- Sag 103568: DanCrash-analyse viste, at bilen var stationær ved kollision (fravær af vandrette ridser, selestrammer ikke udtrukket), og selskabets erstatningsopgørelse med "forbehold for erstatningspligt" var ikke et bindende dækningstilsagn.
- Sag 104045: Påkørsel af træ modsagt af dybe, overlappende ridser i forskellige retninger.
- Sag 95488: Ridser forenelige med slag fra bilens eget anhængertræk, modstridende vidneforklaringer og historik med lignende eneuheld.

Bilbrand med modstridende teledata:

- Sag 101837: Teledata viste, at klagerens telefon var aktiv og i bevægelse trods påstand om at have glemt den. Bilen var tegnet 33 dage før branden, stod over for syn, og klagerens økonomi var stram.

LOV `Erstatningsansvarsloven § 19` `Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 1` `Forsikringsaftaleloven § 22`

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Bevisbyrde ved kaskoskade: Afvisning af erstatning pga. uoverensstemmelse mellem forklaring og tekniske undersøgelser	07.01.2026
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning efter biltyveri og afbrænding: Tvist om startspærre, manglende opbrudstegn og skærpet bevisbyrde	05.11.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på kaskodækning pga. uoverensstemmelse mellem tekniske fund og forklaring om hændelsesforløb	05.11.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for biltyveri på grund af modstridende forklaringer og tekniske beviser	20.08.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af erstatning for biltyveri grundet manglende bevis og modstridende oplysninger om bilens brug	28.05.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af bilbrand grundet modstridende forklaringer, teledata og manglende teknisk årsag	05.03.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for biltyveri grundet startspærre og uoverensstemmende nøgledata samt bortfald af regreskrav	13.12.2023

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på erstatning for stjålet bil grundet manglende bevis for dækningsberettigende forsikringsbegivenhed 17.03.2021

Ankenævnet for Forsikring · Sag om biltyveri afvist grundet tvivl om ejerskab og manglende dokumentation for forsikringsbegivenhed 06.01.2021

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på forsikringsdækning af bilskade grundet tvivl om hændelsesforløb og mistanke om selvforskyldte skader 16.12.2020

§ 6 Totalskadeblokering, veteranbilvurdering og dækningsmaksimum

Når reparationsomkostningerne overstiger ca. 75 % af bilens handelsværdi, erklæres bilen totalskadet efter registreringsafgiftslovens § 7, og selskabet er forpligtet til at afmelde køretøjet hos Skat (totalskadeblokering). Afmeldingen kan ikke omstødes af en mundtlig aftale med taksatoren, da den hviler på en lovmæssig forpligtelse.

I sag 103326 havde klageren aftalt et beløb med taksatoren, men taksatorrapporten indeholdt klausulen "med forbehold for selskabets erstatningspligt". Da dækningen blev afvist på grund af grov uagtsomhed, var selskabet berettiget til at fastholde afmeldingen.

Ved veteranbiler opstår særlige værdiansættelsesspørgsmål. I sag 102567 blev en Mercedes-Benz 200 D fra 1988 totalskadet ved hærværk. En uvildig vurdering (Danvurdering) fastsatte handelsværdien til 38.000 kr. grundet rust, buler og lakeringsarbejde, mens klageren krævede 80.000 kr. med henvisning til annoncerede priser for tilsvarende modeller. Nævnet fastslog, at det er den faktiske stand — ikke teoretisk salgsklar stand — der er afgørende.

I sag 104567 havde klageren bevidst sat veteranbilens handelsværdi til 20.000 kr. i policen for at reducere præmien, mens taksator vurderede den til 35.000 kr. Nævnet fastslog, at dækningsmaksimummet i policen er absolut, og at selskabet kun indtræder i skadelidtes retsstilling over for skadevolder *i det omfang, det har udbetalt erstatning*, jf. erstatningsansvarsloven § 22. Klageren måtte selv rette krav mod skadevolders selskab for de resterende 15.000 kr.

LOV Erstatningsansvarsloven § 22 · Registreringsafgiftsloven § 7

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Veteranbilforsikring: Dækningsmaksimum på 20.000 kr. begrænser erstatning trods takseret handelsværdi på 35.000 kr. 04.03.2026

Ankenævnet for Forsikring · Tvist om kaskodækning efter kørsel mod rødt lys: Grov uagtsomhed, procedurefejl og totalskade 10.09.2025

Ankenævnet for Forsikring · Uenighed om værdiansættelse af veteranbil efter hærværk og totalskade 25.06.2025

§ 7 Kaskodækning tegnet efter skaden og svig ved tegning

Kaskoforsikringen dækker alene skader, der indtræder *i forsikringstiden*, jf. det forsikringsretlige skadeårsagsprincip og forsikringsaftalelovens § 11. Hvis forsikredes adfærd ved tegningen er svigagtig, kan selskabet ophæve forsikringen med tilbagevirkende kraft efter § 4.

I sag 102206 tilkøbte klageren kaskodækning ca. 40 minutter *efter* et færdselsuheld. Han undlod at oplyse om skaden og opsagde forsikringen to dage senere. Selskabet opdagede først forholdet 10 måneder efter og trak dækningstilsagnet tilbage. Nævnet afgjorde sagen på bevismæssigt grundlag — klageren havde ikke bevist, at skaden opstod i forsikringstiden — og tog ikke stilling til, om det kvalificerede som svig efter § 4.

Afgørelsen illustrerer også forholdet til forsikringsaftalelovens § 8 om reklamationspligt: klagerens repræsentant gjorde gældende, at selskabets 10-måneders forsinkelse var i strid med pligten til at handle "uden unødigt ophold". Nævnet afviste dette, da § 8 regulerer §§ 5–7 (urigtige oplysninger uden svig), mens § 4 (svig) ikke er omfattet.

Sagen understreger, at forsikringsselskaber bør foretage tidlig kontrol af kronologien mellem kaskotegning og skadetidspunkt, særligt ved nyindtegnede forsikringer.

LOV Forsikringsaftaleloven § 4 · Forsikringsaftaleloven § 8 · Forsikringsaftaleloven § 11

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Tvisten om Kaskodækning efter Totalskade: Forsikringssvig og Forsinket Afvisning 02.04.2025

§ 8 Kaskodækning ved kørsel uden kørekort og uberettiget brug

Standardbetingelser i kaskoforsikring undtager typisk skader forvoldt, mens bilen føres af en person uden lovbefalet kørekort, *medmindre* det godtgøres, at skaden ikke skyldes mangel på kørefærdigheder. Bevisbyrden ligger hos forsikringstageren.

I sag 103569 tog en mindreårig familiemedlem bilen uden tilladelse og forårsagede parkeringsskade. Nævnet fastslog:

- Kaskoskaden var ikke dækket, da klageren kun havde fremsat subjektive vurderinger uden teknisk dokumentation for alternativ årsagssammenhæng.
- Regreskravet mod den mindreårige fører faldt uden for nævnets kompetence, da føreren ikke var inden for policens definerede personkreds.

Hvad angår ansvarsforsikringen, hæfter selskabet *altid* umiddelbart over for skadelidte tredjepart, jf. færdselslovens § 108, stk. 1, uanset om føreren havde kørekort. Spørgsmålet om regres mod føreren afhænger af, om der foreligger grov hensynsløshed efter § 108, stk. 2, eller om føreren falder helt uden for policens personkreds (fx ved brugstyveri), hvor almindelige erstatningsretlige principper gælder.

Den forsikringsretlige afgrænsning har dermed et praktisk vigtigt dobbeltlag: tredjepart er altid beskyttet, men forsikringstageren mister sin kaskodækning og kan blive mødt med regreskrav, hvis bilen føres af en uberettiget person.

LOV Erstatningsansvarsloven § 19 · Færdselsloven § 108, stk. 1-2

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Tvist om kaskodækning og regres mod mindreårig fører uden kørekort efter parkeringsskade 27.08.2025

§ 9 Afgrænsning til beslægtede praksisoversigter

Bilforsikringsretten grænser op til en række specialemner, der behandles selvstændigt:

- **Forsæt og grov uagtsomhed i ansvarsforsikring** behandles bredt i ansvarsforsikring — forsæt og grov uagtsomhed, herunder den præcise afgrænsning af § 18 i forhold til ansvarsforsikring (hvor selskabet altid hæfter fuldt ud for tredjepart, jf. § 18, stk. 2, sidste pkt.).
- **Spirituskørsel** har særlige forsikringsretlige konsekvenser og behandles under spirituskørsel-. Forsikringsaftalelovens § 20 tillader, at selskabet kan aftale ansvarsfrihed ved selvforskyldt beruselse.
- **Vanvidskørsel** og de særlige konfiskationsregler (færdselslovens § 133 a) behandles under vanvidskørsel. Konfiskation rammer også lånte biler og kan udløse kaskoeksklusioner.
- **Policefortolkning ved uklarhed** behandles under forsikringspolice — uklarhed, herunder den forsikringsretlige fortolkningsregel om, at uklare vilkår fortolkes mod den, der har affattet dem.

Rigsadvokatmeddelelsen om færdsel — forsikring sammenfatter den strafferetlige side af forsikringssvindel og manglende ansvarsforsikring.

Samlet tegner praksis et billede af et retsområde, hvor den lovpligtige ansvarsforsikring sikrer tredjepart absolut beskyttelse, mens kaskoforsikringen er genstand for en nuanceret konkret vurdering af forsikringstagerens adfærd — med bevisbyrden som det oftest afgørende procestaktiske element.

REFERENCE Lovgrundlag

6 paragraffer

Forsikringsaftaleloven § 6	stk. 1-2	Forsikringsaftaleloven § 18	stk. 2
Forsikringsaftaleloven § 22		Færdselsloven § 101	stk. 1
Færdselsloven § 105	stk. 1	Færdselsloven § 108	stk. 2

MATERIALE Citerede afgørelser

29 afgørelser

HØJESTERET · ØVERSTE INSTANS 4

19.02.2024	Forsikringsselskabs adgang til regres og tilbagebetaling ved urigtige risikooplysninger om bilens faste bruger	bs-34778-2023-hjr
15.08.2023	Uheld med bildør på tankstation var ikke et "færdselsuheld" efter færdselslovens § 101, stk. 1	bs-35603-2022-hjr
08.06.2023	Højesterets dom om motorkøretøjsforsikringens dækning uden for færdselslovens område ved dødsulykke under brandslukning	bs-27456-2021-hjr
13.04.2023	DFIM's erstatningsansvar for "ukendte" køretøjer ved skadelidtes undladelse af at sikre identitetsoplysninger	bs-27786-2022-hjr

LANDSRETTEN · ANKEINSTANS 1

09.09.2024	Regreskrav mod fører af uforsikret bil efter færdselsuheld	9552-11130

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS 24

04.03.2026	Veteranbilforsikring: Dækningsmaksimum på 20.000 kr. begrænser erstatning trods takseret handelsværdi på 35.000 kr.	104567
07.01.2026	Bevisbyrde ved kaskoskade: Afvisning af erstatning pga. uoverensstemmelse mellem forklaring og tekniske undersøgelser	104045
05.11.2025	Afvisning af kaskodækning efter biltyveri og afbrænding: Tvist om startspærre, manglende opbrudstegn og skærpet bevisbyrde	103473
05.11.2025	Afslag på kaskodækning pga. uoverensstemmelse mellem tekniske fund og forklaring om hændelsesforløb	103568
10.09.2025	Tvist om kaskodækning efter kørsel mod rødt lys: Grov uagtsomhed, procedurefejl og totalskade	103326
27.08.2025	Tvist om kaskodækning og regres mod mindreårig fører uden kørekort efter parkeringsskade	103569
20.08.2025	Afvisning af dækning for biltyveri på grund af modstridende forklaringer og tekniske beviser	101999
25.06.2025	Uenighed om værdiansættelse af veteranbil efter hærværk og totalskade	102567
28.05.2025	Afvisning af erstatning for biltyveri grundet manglende bevis og modstridende oplysninger om bilens brug	102660
02.04.2025	Tvisten om Kaskodækning efter Totalskade: Forsikringssvig og Forsinket Afvisning	102206
05.03.2025	Afslag på dækning af bilbrand grundet modstridende forklaringer, teledata og manglende teknisk årsag	101837
22.01.2025	Afgørelse om afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved kørsel i oversvømmet område	101372
30.10.2024	Afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved kørsel over for rødt lys	101461
07.08.2024	Afvisning af kaskodækning grundet nedslidte dæk og grov uagtsomhed	101210
13.12.2023	Afvisning af dækning for biltyveri grundet startspærre og uoverensstemmende nøgledata samt bortfald af regreskrav	98809
11.10.2023	Afvist krav om svie og smerte: Tvist om sagsbehandlingsfejl hos Sønderjysk Forsikring	100038
09.08.2023	Pro rata-erstatning og regreskrav efter bilskade: Tvist om brugerforhold	98985
29.03.2023	Tvisten om pro rata-dækning ved biltyveri: Spørgsmål om brugerforhold og oplysningspligt	99083
12.10.2022	Afvisning af dækning efter kørsel over for rødt lys: Spørgsmål om grov uagtsomhed og formildende omstændigheder	98194
17.03.2021	Afslag på erstatning for stjålet bil grundet manglende bevis for dækningsberettigende forsikringsbegivenhed	95335
06.01.2021	Sag om biltyveri afvist grundet tvivl om ejerskab og manglende dokumentation for forsikringsbegivenhed	94755

16.12.2020	Afslag på forsikringsdækning af bilskade grundet tvivl om hændelsesforløb og mistanke om selvforskyldte skader	95488
01.04.2020	Afgørelse om afvisning af kaskoskadeerstatning til bilejer grundet forsikringstagers urigtige oplysninger om kørekortforhold	94195
02.08.2017	Afvisning af kaskodækning efter færdselsuheld på grund af grov uagtsomhed ved kørsel over for rødt lys	90425

FORARBEJDE Betænkninger

1 reference

Betænkning om erstatning og forsikring for skader opstået ved benyttelse af motordrevne køretøjer

nr. 1036 · 1985 · Justitsministeriet

05 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over bilforsikring — totalskade og værdiansættelse

Handelsværdi, 75 %-grænsen og taksatorvurderinger

Version 2 Opdateret 24. jun. 2026 13 afgørelser · 2009–2026 Læs online

INTRODUKTION

Når en personbil erklæres totalskadet, opstår ofte tvist om størrelsen af erstatningen. Forsikringsretligt skal erstatningen fastsættes til bilens handelsværdi (genanskaffelsesprisen) umiddelbart før skadens indtræden, jf. forsikringsaftaleloven § 37. Afgiftsretligt er det registreringsafgiftslovens § 7, der definerer, hvornår en bil *skal* erklæres totalskadet — som hovedregel når reparationsudgifterne overstiger 75 % af handelsværdien. Praksis fra Ankenævnet for Forsikring viser, at bevisbyrden for en højere handelsværdi end selskabets tilbud konsekvent påhviler forsikringstageren, og at nævnet lægger betydelig vægt på taksatorrapporter, uvildige syns- og skønsrapporter samt dokumenterbare salgsannoncer fra skadetidspunktet.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Handelsværdien fastsættes som genanskaffelsesprisen — hvad det kontant ville koste at købe en tilsvarende bil af samme mærke, alder, kilometerstand og stand umiddelbart før skaden, jf. forsikringsaftaleloven § 37.

02 En bil erklæres totalskadet i afgiftsretlig forstand, når reparationsudgifterne (opgjort med bruttopriser på nye reservedele) overstiger 75 % af handelsværdien for personbiler afgiftsberigtiget efter registreringsafgiftslovens § 4, stk. 1, nr. 1.

03 Forsikringsselskabet eller taksatoren fastsætter både handelsværdien og opgør udbedringsudgifterne; handelsværdien er inkl. registreringsafgift.

04 For fabriksnye biler registreret inden for det sidste år og med højst 25.000 km kan handelsværdien sættes til bilens nyværdi (registreringsafgiftslovens § 7, stk. 2, 3. pkt.).

05 Bevisbyrden for, at det tilbudte beløb ikke svarer til handelsværdien, påhviler konsekvent forsikringstageren.

06 Salgsannoncer skal stamme fra skadetidspunktet og vedrøre sammenlignelige biler (samme model, motorstørrelse, årgang og omtrentlig kilometerstand) for at have bevisværdi.

07 Uvildigt syn og skøn (fx via Autobranchen Danmark eller Danvurdering) tillægges betydelig vægt — og er bindende, hvis parterne har aftalt dette forud.

08 Fradrag i handelsværdien for konkrete mangler (rust, lysende servicelampe, buler, manglende vedligeholdelse) anerkendes, når de er fotodokumenterede.

09 Ekstraudstyr, der er intakt og kan overflyttes til en ny bil, erstattes med overflytningsomkostninger — ikke med nyværdi.

10 Totalskadeblokering i Motorregistret er en lovpligtig konsekvens af totalskadeerklæringen og skal gennemføres, selv om forsikringsselskabet afviser dækning.

11 Hvis ejeren ikke tilbydes handelsværdien (fx ved afvisning grundet grov uagtsomhed), nedsættes totalskadegrænsen fra 75 % til 65 % af handelsværdien, jf. registreringsafgiftslovens § 7, stk. 5.

12 Forsikringserstatningen kan aldrig overstige den lidte skade og er begrænset opadtil af forsikringssummen, jf. forsikringsaftaleloven § 39.

§ 1 Det dobbelte lovgrundlag: forsikringsretlig erstatning og afgiftsretlig totalskadedeklaration

Værdiansættelse ved totalskade på personbiler reguleres af to adskilte regelsæt, der griber ind i hinanden:

Forsikringsaftaleloven § 37 fastlægger det erstatningsretlige udgangspunkt. Erstatningen ansættes til det beløb, der umiddelbart før forsikringsbegivenheden ville kræves til genanskaffelse af den beskadigede genstand — med rimeligt fradrag for værdiforringelse ved alder, brug, nedsat anvendelighed eller andre omstændigheder. For biler betyder dette, at erstatningen skal svare til den kontante købspris, en tilsvarende bil af samme mærke, model, alder, kilometerstand og stand kunne anskaffes for på skadetidspunktet. Erstatningen kan aldrig overstige den lidte skade, jf. forsikringsaftaleloven § 39.

Registreringsafgiftslovens § 7 definerer derimod den *afgiftsretlige* totalskadegrænse. Efter registreringsafgiftslovens § 7, stk. 1 skal der svares ny registreringsafgift af et genopbygget køretøj, hvis udbedringsudgifterne inkl. moms overstiger **75 %** af handelsværdien for personbiler afgiftsberigtiget efter § 4, stk. 1, nr. 1. Grænsen er **80 %** for varebiler (§ 5, stk. 1) og **90 %** for autocampere m.v. (§ 5, stk. 2). Der beregnes dog ikke afgift, hvis den samlede reparationsudgift er under 25.000 kr.

De to regelsæt opererer med samme nøglebegreb — **handelsværdien** — men tjener forskellige formål. Det forsikringsretlige beløb afgør, hvad forsikringstageren får udbetalt; det afgiftsretlige afgør, om bilen overhovedet må genopbygges uden ny afgift. I praksis er det taksatorens opgørelse efter § 7, der sætter begge processer i gang.

Bekendtgørelse om registreringsafgift § 19 uddyber proceduren: forsikringsselskabet eller taksatoren fastsætter handelsværdien (stk. 1), udfærdiger en skadesopgørelse med bruttopriser på nye reservedele (stk. 2), og afmelder køretøjet med totalskadeblokering i Motorregistret, hvis grænsen overskrides (stk. 4). Denne blokering er lovpligtig og gælder også selv om forsikringen ikke dækker skaden, jf. bekendtgørelse om registreringsafgift § 20.

Bekendtgørelse om registreringsafgift § 19

LOV Bekendtgørelse om registreringsafgift § 20 Forsikringsaftaleloven § 37, stk. 1 Forsikringsaftaleloven § 39, stk. 1 Registreringsafgiftsloven § 7, stk. 1

§ 2 Handelsværdien: definition og fastsættelse

Handelsværdien defineres i registreringsafgiftslovens § 7, stk. 2 som **genanskaffelsesprisen** for motorkøretøjet, inkl. afgift, umiddelbart før uheldet — under hensyn til alder, antal kørte kilometer, vedligeholdelsesstand og slitage.

For **fabriksnye biler** registreret inden for det sidste år og med højst 25.000 km kan handelsværdien sættes til bilens værdi som ny, inklusive afgift (§ 7, stk. 2, 3. pkt.). Mange forsikringsbetingelser supplerer med en "nyværdierstatning", der typisk gælder 1-2 år fra første registrering.

I praksis fastsættes handelsværdien af selskabets taksator baseret på:

- **Elektroniske vurderingssystemer** (DAT/SilverDAT, AutoExpert, Indicata/BILINFO, skat.dk)
- **Sammenlignelige salgsannoncer** fra Bilbasen, AutoScout24 og lignende platforme
- **Bilens konkrete stand** (rust, buler, servicehistorik, lysende kontrollamper, indvendig stand)

De fleste forsikringsselskaber anvender en formulering i betingelserne svarende til:

> *"Erstatningen fastsættes til den kontante købspris en tilsvarende bil af samme alder og stand, inkl. ekstraudstyr, vil kunne anskaffes for."*

Denne formulering er i overensstemmelse med forsikringsaftaleloven § 37, stk. 1 og indebærer, at erstatningen hverken er den oprindelige købspris eller bilens listepris, men den aktuelle markedsværdi på skadetidspunktet.

LOV Forsikringsaftaleloven § 37, stk. 1 Registreringsafgiftsloven § 7, stk. 2

§ 3 Bevisbyrden ved uenighed om handelsværdien

Praksis fra Ankenævnet for Forsikring viser et konsekvent mønster: det er **forsikringstageren**, der har bevisbyrden for, at selskabets værdiansættelse er for lav.

I 102567 (veteranbil, Mercedes-Benz 200 D fra 1988) krævede klageren 80.000 kr. mod selskabets tilbud på 55.000 kr. En uvildig syns- og skønsrapport fra Danvurdering ansatte værdien til blot 38.000 kr. Nævnet fandt:

> *"Nævnet finder, at klageren ikke har bevist, at bilens handelsværdi oversteg de 55.000 kr., som selskabet har baseret sin erstatning på."*

Tilsvarende i 98695 (VW Up! fra 2012), hvor selskabet tog udgangspunkt i 50.000 kr. for en bil i normal stand og foretog fradrag på 10.000 kr. for rust, lysende servicelampe og manglende vedligeholdelse. Klageren fremlagde annoncer fra 2022 (54.900–69.900 kr.), men nævnet lagde vægt på, at disse stammede fra et senere tidspunkt end skadetidspunktet i oktober 2021, og fandt fradraget rimeligt.

I 75619 (Golf IV TDI Variant fra 1996 med 247.401 km) fastslog nævnet, at klagerens beregning baseret på gennemsnittet af en 1994- og 1998-model ikke var tilstrækkeligt til at tilsidesætte selskabets tilbud på 45.000 kr.

Mønstret er klart: **klageren skal fremlægge konkret dokumentation** — fx sagkyndige erklæringer, forhandlerpriser eller salgsannoncer for præcist sammenlignelige biler — for at løfte bevisbyrden.

PRAKSIS
- **Ankenævnet for Forsikring** · Uenighed om værdiansættelse af veteranbil efter hærværk og totalskade 25.06.2025
- **Ankenævnet for Forsikring** · Erstatningsopgørelse for totalskadet VW Up!: Uenighed om handelsværdi og fradrag for stand 04.01.2023
- **Ankenævnet for Forsikring** · Uenighed om erstatningens størrelse for totalskadet bil efter tyveri 02.11.2009

§ 4 Sammenlignelige salgsannoncer og tidspunktet for vurderingen

Et gennemgående stridspunkt er spørgsmålet om, hvilke salgsannoncer der kan lægges til grund ved fastsættelse af handelsværdien.

Ankenævnet stiller konsekvent krav om, at annoncerne skal:

- **Stamme fra skadetidspunktet** — ikke fra et senere tidspunkt, hvor markedspriserne kan have ændret sig
- **Vedrøre sammenlignelige biler** — samme model, motorstørrelse, omtrentlig årgang og kilometerstand
- **Være reelle markedspriser** — udbuds-/annoncepriser er et udgangspunkt, men de faktisk realiserede priser kan afvige

I 99769 (VW Transporter 2,0 TDI, 140 HK) afviste nævnet klagerens sammenligning med en 180 HK-model som ikke sammenlignelig. Selskabets salgsannoncer vedrørte nyere biler med lavere kilometerstand, hvilket understøttede taksatorens vurdering.

I 102933 fremlagde klageren en annonce for en bil, der var ét år yngre og havde kørt 69.000 km færre — annoncen kunne ikke lægges til grund.

I 98695 påpegede nævnet, at annoncer fra august 2022 ikke kunne lægges til grund for en vurdering pr. oktober 2021 — bilmarkedet var i mellemtiden påvirket af forsyningskriser.

I den forbindelse anvender taksatorer typisk søgninger på Skat.dk, Bilbasen og Indicata/BILINFO. Som skønsmanden i sag 102933 formulerede det:

> *"Prisen er fremkommet ud fra søgninger på Skat.dk, Bilbasen, Indicata BILINFO med mere, det er muligt at finde eksempler der indikerer prisen, dog skal det bemærkes at der er meget få køretøjer som er 100 % som den omhandlede bil."*

PRAKSIS
- **Ankenævnet for Forsikring** · Tvist om handelsværdi og dækning af ekstraudstyr ved totalskade af varebil 28.05.2025
- **Ankenævnet for Forsikring** · Tvisten om erstatningssum for stjålet bil efter syn og skøn 23.04.2025
- **Ankenævnet for Forsikring** · Erstatningsopgørelse for totalskadet VW Up!: Uenighed om handelsværdi og fradrag for stand 04.01.2023

§ 5 Fradrag for bilens konkrete stand: rust, vedligeholdelse og servicelampe

Forsikringsselskabernes fradrag for bilens individuelle stand er et hyppigt tvistpunkt. Nævnets praksis viser, at fradrag accepteres, når de er dokumenteret med fotos eller besigtigelse.

I 98695 foretog selskabet et samlet fradrag på 10.000 kr. fra en basisværdi på 50.000 kr. for en VW Up! på grund af:

Forhold	Selskabets observation	Vurderet udbedringspris
Rustskade	Betydelig rust ved påfyldningsstuds	17.079 kr.
Vedligeholdelse	Kabine meget beskidt, skjolder på sæder/loft	ca. 3.500 kr.
Service	Servicelampe lyser	ca. 2.500 kr.

Nævnet fandt fradraget rimeligt og bemærkede:

> *"Et samlet fradrag på 10.000 kr. for rustskaden, bilens stand og et forestående service forekommer efter nævnets opfattelse rimeligt."*

Klagerens forklaring om, at servicelampen blot ikke var nulstillet efter eget serviceeftersyn, ændrede ikke resultatet — en køber i det frie marked ville lægge vægt på den lysende advarselslampe.

I 102567 (veteranbilen) fastsatte Danvurdering handelsværdien til 38.000 kr. efter fradrag for rust, buler og nødvendigt lakeringsarbejde. Selskabet valgte alligevel at tilbyde 55.000 kr. — et generøst tilbud, som nævnet fandt rimeligt.

I 99769 fratrak selskabet for defekt forrude, rust på skydedør og en gammel panelskade. Bilen kunne dermed ikke vurderes i "meget god stand", selvom den var mekanisk funktionsdygtig.

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Uenighed om værdiansættelse af veteranbil efter hærværk og totalskade 25.06.2025

Ankenævnet for Forsikring · Tvist om handelsværdi og dækning af ekstraudstyr ved totalskade af varebil 28.05.2025

Ankenævnet for Forsikring · Erstatningsopgørelse for totalskadet VW Up!: Uenighed om handelsværdi og fradrag for stand 04.01.2023

§ 6 Ekstraudstyr og individuelt udstyr ved totalskade

Spørgsmålet om ekstraudstyr har to dimensioner: dels om ekstraudstyret indgår i handelsværdien, dels om skade på ekstraudstyr dækkes særskilt.

I 99769 (VW Transporter med isolering, inverter, reoler og bakkamera) fastslog nævnet, at:

- Ekstraudstyr, der var **intakt og overflytbart**, skulle erstattes med overflytningsomkostninger (7.375 kr.) — ikke med udstyretes nyværdi
- Isolering betragtes som en del af bilens grundværdi, ikke som særskilt ekstraudstyr
- Klagerens påstand om skade på batteriet fra en bagpåkørsel afvistes, da batteriet sad i motorrummet

Nævnet udtalte i tråd med forsikringsbetingelserne:

> *"Erstatningen fastsættes til den kontante købspris en tilsvarende bil af samme alder og stand, inkl. ekstraudstyr, vil kunne anskaffes for."*

I 103701 (stjålne AMG-fælge) fastslog nævnet, at brugte dele erstattes til dagsværdi – ikke nyværdi – med mindre der er specifik aftale om nyværdidækning. Selskabets opgørelse baseret på markedspriser fra DBA, Facebook og fælgforhandlere (12.000–18.600 kr.) blev accepteret over for klagerens krav om nyværdi (50.946 kr.).

LOV `Forsikringsaftaleloven § 37, stk. 1`

PRAKSIS
- **Ankenævnet for Forsikring** · Uenighed om erstatning for stjålne AMG-hjul: Dagsværdi vs. nyværdi — 17.12.2025
- **Ankenævnet for Forsikring** · Tvist om handelsværdi og dækning af ekstraudstyr ved totalskade af varebil — 28.05.2025

§ 7 75 %-grænsen og totalskadeblokering i Motorregistret

75 %-grænsen i registreringsafgiftslovens § 7, stk. 1 er den centrale tærskel for, om en bil kan genopbygges afgiftsfrit. Overskrides grænsen, **skal** køretøjet afmeldes og totalskadeblokeres i Motorregistret, jf. bekendtgørelse om registreringsafgift § 19, stk. 3-4. Blokeringen indebærer, at:

- Registreringsattesten og nummerplader afleveres til forsikringsselskabet eller taksatoren
- Nummerpladerne destrueres
- Der registreres i Køretøjsregisteret, at bilen ikke kan genopbygges afgiftsfrit

I 103992 (Codan-sagen) var reparationsudgifterne 122.436 kr. mod en handelsværdi på 65.000 kr. – en overskridelse på ca. 188 %. Nævnet fastslog:

> *"Selskabet havde derfor pligt til at afmelde den totalskadede bil, destruere nummerpladerne og registrere i Motorregistret, at bilen ikke kan genopbygges afgiftsfrit."*

Dette gælder **også** når forsikringen ikke dækker skaden. I 94521 blev kaskodækning afvist grundet grov uagtsomhed (kørsel over for rødt lys). Reparationsomkostningerne udgjorde 47.649 kr. mod en handelsværdi på 75.000 kr. – 63,53 %. Da ejeren ikke blev tilbudt erstatning, nedsattes totalskadegrænsen til **65 %** efter registreringsafgiftslovens § 7, stk. 5, og bilen var dermed totalskadet i afgiftsretlig forstand.

Også i 103326 fastslog nævnet totalskadeblokering som lovpligtig, uanset dækningstilsagn.

LOV `Bekendtgørelse om registreringsafgift § 19, stk. 3-4` `Bekendtgørelse om registreringsafgift § 20` `Registreringsafgiftsloven § 7, stk. 1, 5`

PRAKSIS
- **Ankenævnet for Forsikring** · Kaskodækning afvist ved 76 % fartoverskridelse i skarpt vejsving – totalskadeblokering uden erstatning lovlig — 18.03.2026
- **Ankenævnet for Forsikring** · Tvist om kaskodækning efter kørsel mod rødt lys: Grov uagtsomhed, procedurefejl og totalskade — 10.09.2025
- **Ankenævnet for Forsikring** · Totalskaderegistrering af bil trods manglende dækning grundet grov uagtsomhed — 10.06.2020

§ 8 Syn og skøn som tvistløsningsmekanisme

De fleste bilforsikringsbetingelser indeholder en bestemmelse om, at uenighed om bilens værdi kan afgøres ved syn og skøn af en uvildig sagkyndig. Praksis viser, at nævnet tillægger syn og skøn **betydelig vægt** — især når parterne forudgående har aftalt at være bundet af resultatet.

I 102933 underskrev klageren vilkår for bindende syn og skøn:

> *"Vores tilbud om et uvildigt syn og skøn er dog betinget af, at både du og vi accepterer den handelsværdi som Syn- og skønsmanden kommer frem til."*

Skønsmanden (udmeldt af Autobranchen Danmark) vurderede bilens værdi til 270.000 kr., hvilket var lavere end selskabets tilbud på 290.000 kr. Klageren forsøgte efterfølgende at anfægte vurderingen med henvisning til en annonce for en 1 år yngre bil med 69.000 km færre, men nævnet fandt:

> *"[K]lageren har ikke bevist, at selskabets erstatning ikke svarer til det beløb, som en tilsvarende bil af samme alder og stand kunne anskaffet for på skadestidspunktet."*

I 102567 valgte selskabet at fastholde et tilbud på 55.000 kr., selv om den uvildige vurdering (fra Danvurdering) kun var på 38.000 kr. — et eksempel på, at selskabet *kan* vælge at tilbyde mere end den sagkyndige vurdering, men sjældent omvendt.

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Uenighed om værdiansættelse af veteranbil efter hærværk og totalskade	25.06.2025
Ankenævnet for Forsikring · Tvisten om erstatningssum for stjålet bil efter syn og skøn	23.04.2025

§ 9 Totalskade vs. reparation: grænsetilfælde og gentagne reparationer

Et særligt problem opstår, når forsikringstageren mener, at bilen *burde* have været erklæret totalskadet, fordi reparationen ikke bragte bilen i tilfredsstillende stand.

I 94482 krævede klageren totalskadeerstatning efter op mod 7-8 reparationsforsøg med vedvarende fejl (vandindtrængen, lakfejl, mangelfuld tilpasning). Selskabet afviste, da den **oprindelige** taksering (49.546 kr.) lå under grænsen for totalskade (65 % af handelsværdien). Nævnet fastslog:

- **Totalskadegrænsen vurderes på baggrund af den oprindelige skadesopgørelse** — ikke akkumulerede reparationsomkostninger
- **Ansvar for selvvalgt værksted**: forsikringsselskabet hæfter ikke for fejl ved et værksted, som forsikringstageren selv har valgt
- Krav grundet mangelfuld reparation skal rettes mod det udførende værksted

I 93978 var bilen 4 måneder gammel (nyværdi 206.900 kr.), og reparationsudgifterne endte på 78.456 kr. Da dette lå under 50 % af nyværdien (103.450 kr.), var der hverken grundlag for totalskade eller nyværdierstatning. Nævnet anerkendte dog den tilvalgsdækning for værdiforringelse (10 % af reparationsudgiften), som selskabet havde udbetalt.

I 103379 blev spørgsmålet om totalskade rejst i forbindelse med manglende reservedele — et problem der i praksis kan gøre reparation umulig eller uforholdsmæssigt dyr og dermed udløse totalskadeerklæring.

LOV

Registreringsafgiftsloven § 7

PRAKSIS
- **Ankenævnet for Forsikring** · Tvist om totalskade af bil ved manglende reservedele og uenighed om handelsværdi — 20.08.2025
- **Ankenævnet for Forsikring** · Tvist om totalskadeerstatning og dækning af mangelfulde bilreparationer — 11.08.2021
- **Ankenævnet for Forsikring** · Værdiforringelse efter bilskade: Uenighed om erstatningens størrelse — 05.02.2020

§ 10 Forrentning og udbetaling af totalskadeerstatningen

Forsikringsydelsen kan kræves betalt 14 dage efter, at selskabet har været i stand til at indhente de nødvendige oplysninger, jf. forsikringsaftaleloven § 24, stk. 1. Fra dette tidspunkt forrentes beløbet med renten efter renteloven § 5, jf. forsikringsaftaleloven § 24, stk. 2.

I praksis udbetaler selskaberne erstatningen med fradrag af selvrisiko og eventuel restværdi (dvs. skrotværdien af bilen, hvis forsikringstageren beholder den). I 102567 blev udbetalt 51.571 kr. = 55.000 kr. + renter − 6.000 kr. for bilens restværdi, da klageren valgte at beholde bilen.

I 99769 blev erstatningen udbetalt med renter jf. forsikringsaftaleloven § 24.

Afgrænsning: spørgsmål om kaskodækning, ansvar, selvrisiko og grov uagtsomhed hører under bilforsikring — kasko og ansvar.

LOV `Forsikringsaftaleloven § 24, stk. 1-2`

PRAKSIS
- **Ankenævnet for Forsikring** · Uenighed om værdiansættelse af veteranbil efter hærværk og totalskade — 25.06.2025
- **Ankenævnet for Forsikring** · Tvist om handelsværdi og dækning af ekstraudstyr ved totalskade af varebil — 28.05.2025

§ 11 Sammenfatning: centrale takeaways

Praksis fra Ankenævnet for Forsikring tegner et klart billede af retsstillingen ved totalskade og værdiansættelse:

- **Handelsværdien er genanskaffelsesprisen** — hvad det kontant ville koste at købe en tilsvarende bil af samme mærke, model, alder, kilometerstand og stand umiddelbart før skaden. Hverken den oprindelige købspris, listeprisen eller prisannoncer for bedre/nyere biler kan lægges til grund.
- **75 %-grænsen er ufravigelig**: overskrides den, *skal* bilen totalskadeblokeres i Motorregistret — uanset om forsikringen dækker. Ved manglende erstatningstilbud til ejeren nedsættes grænsen til 65 %.
- **Bevisbyrden er konsekvent placeret hos forsikringstageren**. Nævnet kræver konkret dokumentation — sagkyndige erklæringer, relevante salgsannoncer fra skadetidspunktet, eller uvildigt syn og skøn — for at tilsidesætte selskabets vurdering.
- **Fradrag for bilens stand** (rust, manglende vedligeholdelse, lysende servicelampe) anerkendes, når de er fotodokumenterede, og klageren har sjældent held med at anfægte dem.
- **Ekstraudstyr** indgår i handelsværdien. Intakt udstyr, der kan overflyttes, erstattes med overflytningsomkostninger — ikke nyværdi.
- **Syn og skøn** er den mest effektive tvistløsning: nævnet respekterer uvildige skønsrapporter, og aftalt bindende syn og skøn afskærer efterfølgende uenighed.

REFERENCE

Lovgrundlag

5 paragraffer

Bekendtgørelse om registreringsafgift § 19	stk. 1-5
Forsikringsaftaleloven § 24	stk. 1-2
Forsikringsaftaleloven § 37	stk. 1
Forsikringsaftaleloven § 39	stk. 1-2
Registreringsafgiftsloven § 7	stk. 1-9

MATERIALE

Citerede afgørelser

13 afgørelser

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS		13
18.03.2026	Kaskodækning afvist ved 76 % fartoverskridelse i skarpt vejsving – totalskadeblokering uden erstatning lovlig	103992
17.12.2025	Uenighed om erstatning for stjålne AMG-hjul: Dagsværdi vs. nyværdi	103701
10.09.2025	Tvist om kaskodækning efter kørsel mod rødt lys: Grov uagtsomhed, procedurefejl og totalskade	103326
20.08.2025	Tvist om totalskade af bil ved manglende reservedele og uenighed om handelsværdi	103379
25.06.2025	Uenighed om værdiansættelse af veteranbil efter hærværk og totalskade	102567
28.05.2025	Tvist om handelsværdi og dækning af ekstraudstyr ved totalskade af varebil	99769
23.04.2025	Tvisten om erstatningssum for stjålet bil efter syn og skøn	102933
04.01.2023	Erstatningsopgørelse for totalskadet VW Up!: Uenighed om handelsværdi og fradrag for stand	98695
11.08.2021	Tvist om totalskadeerstatning og dækning af mangelfulde bilreparationer	94482
17.02.2021	Tvisten om erstatning for totalskadet båd: Købspris versus fastsat handelsværdi	95653
10.06.2020	Totalskaderegistrering af bil trods manglende dækning grundet grov uagtsomhed	94521
05.02.2020	Værdiforringelse efter bilskade: Uenighed om erstatningens størrelse	93978
02.11.2009	Uenighed om erstatningens størrelse for totalskadet bil efter tyveri	75619

06 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over bygningsforsikring

Skadesopgørelse, dækningsomfang og selvrisiko ved skader på fast ejendom

Version 2 Opdateret 27. jun. 2026 24 afgørelser · 2017–2026 Læs online

INTRODUKTION

Bygningsforsikring er en frivillig skadesforsikring, der dækker brand-, vand- og stormskader på fast ejendom. Erstatningsudmålingen styres af forsikringsaftaleloven (FAL) og de konkrete policevilkår, suppleret af lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom § 5 for ejerskifteforsikringens vedkommende. Praksis fra Ankenævnet for Forsikring, landsretterne og Højesteret viser, at forsikringstageren bærer bevisbyrden for, at en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed er indtrådt, mens selskabet bærer bevisbyrden for fradrag ved grov uagtsomhed. Afgørende temaer i praksis er sondringen mellem storm- og vedligeholdelsesskader, ejerskifteforsikringens dækning af skjulte mangler, dobbeltforsikring mellem hus- og ejerskifteforsikring, entrepriseforsikring under ombygning samt erstatningsudmåling med afskrivning på slidaktiver.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Forsikringstageren bærer bevisbyrden for, at der er indtrådt en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed, herunder at en stormskade rent faktisk har ramt selve bygningen.

02 Stormskade dækker kun 'selve bygningen' – stilladser, presenninger og midlertidige totaloverdækninger anses ikke som bygningsdele, selv om de fungerer som klimaskærm under ombygning.

03 Skader der overvejende skyldes manglende vedligeholdelse, mangelfuld håndværksudførelse eller almindelig ælde er undtaget fra dækning – også når storm eller skybrud har været medvirkende årsag.

04 Selskabet bærer bevisbyrden for fradrag i erstatningen efter FAL § 18, stk. 2 om grov uagtsomhed; generelle vindmålinger og branchevejledninger er ikke tilstrækkelige uden konkret overtrædelse af sikkerhedsforskrifter.

05 Nyværdiforsikring – selskaberne kan afskrive på tag, tagpap, isolering og lignende slidaktiver efter alder, hvis afskrivningstabellen er klart oplyst i policen og genopførelse/istandsættelse faktisk finder sted.

06 Selvrisiko beregnes pr. dækningsberettiget skade forstået som forhold med samme skadeårsag – ikke pr. enkeltforhold.

07 Ejerskifteforsikringen er en skadesforsikring omfattet af FAL §§ 41-44 om dobbeltforsikring, og erstatningen fordeles forholdsmæssigt mellem husforsikring og ejerskifteforsikring efter Dobbeltforsikringsaftalens ophør den 20. april 2018.

08 Dækningstilsagn er som udgangspunkt bindende, men kan tilbagekaldes hvis afgivet på ufuldstændigt grundlag pga. forsikringstagerens manglende oplysningspligt.

09 Ved entrepriseforsikring under ombygning er skade på bestående bygning kun dækket, hvis den specifikke dækning er tegnet – og objektive klausuler om ingeniørberegninger og afstivning er dækningsbetingelser, ikke sikkerhedsforskrifter.

10 Forsikringsselskabets acontoudbetalinger af brandforsikringserstatning uden betryggende sikkerhed for panthavernes fyldestgørelse er i strid med FAL § 58.

11 Ejerskifteforsikringen dækker skjulte mangler som ulovlige el- og VVS-installationer, sætningsskader og vandindtrængning, men forsikringstageren skal bevise at forholdet forelå ved overtagelsen, og forhold anført i tilstandsrapporten er undtaget.

12 Forældelsesfristen for ejerskifteforsikringskrav er 3 år fra skadens konstatering, men anmeldelsesfrister kortere end 6 måneder er ugyldige for forbrugerforsikringer jf. FAL § 29, stk. 6.

§ 1 Lovgrundlag og forsikringstyper for fast ejendom

Bygningsforsikring er en frivillig skadesforsikring, der dækker skader på fast ejendom. Den reguleres af Forsikringsaftaleloven (FAL), navnlig afsnit II om skadesforsikringer, og af de konkrete policevilkår. De vigtigste forsikringstyper er:

- **Husforsikring** – den traditionelle bygningsforsikring, som dækker brand, storm, vand, svamp, rådskade og andre pludselige skader på selve bygningen. Dækningen afhænger af de konkrete vilkår, der kan variere betydeligt mellem selskaberne.
- **Ejerskifteforsikring** – en lovreguleret forsikring tegnet af køberen i forbindelse med erhvervelse af fast ejendom i medfør af Lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom m.v. § 5. Den dækker skjulte mangler i 5-10 år med et minimumsdækningsomfang fastsat i bekendtgørelse nr. 13 af 12. januar 2012.
- **Entrepriseforsikring** – tegnes i forbindelse med byggearbejder og dækker typisk skade på entreprisens genstand (All Risk) og kan udvides til at dække bestående bygninger under ombygning.

Erstatningsudmålingen styres af FAL § 37, der som udgangspunkt ansætter tingens værdi til genanskaffelsesprisen med fradrag for værdiforringelse ved alder og brug. For bygninger gælder dog den vigtige undtagelse i § 37, stk. 3: genopføres eller istandsættes en beskadiget bygning, sker fradrag kun for forskellen mellem gammelt og nyt. Selskabet er aldrig forpligtet til at yde mere end den lidte skades dækning, jf. FAL § 39.

Forholdet til andre praksisoversigter: Tvister om køb og salg af fast ejendom og mangler behandles selvstændigt, ligesom lejeretlige fugt- og skimmeltvister og realkredit-tvister.

LOV Forsikringsaftaleloven § 37 Forsikringsaftaleloven § 39

Lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom m.v. § 5

§ 2 Bevisbyrde for dækningsberettiget forsikringsbegivenhed

Et gennemgående princip i praksis er, at forsikringstageren bærer bevisbyrden for, at der er indtrådt en forsikringsbegivenhed, der er omfattet af dækningen. Det følger af FAL § 22, at den sikrede skal give selskabet alle tilgængelige oplysninger om forhold af betydning for bedømmelsen.

Bevisbyrden er særlig skarp ved stormskader, hvor forsikringstageren skal dokumentere, at vindstyrken konstant eller i stød nåede mindst 17,2 m/s (vindstyrke 8), og at skaden *faktisk* skyldes denne storm og ikke andre faktorer.

I 103758 fastslog Ankenævnet, at dækning forudsætter "stormskade på selve bygningen" – en totaloverdækning (HAKI-stillads med presenninger), der fungerede som midlertidig klimaskærm under tagudskiftning, blev ikke anset som en del af bygningen. Dermed var vandskader på ca. 1,4 mio. kr. ikke dækket.

I 92704 fik en sommerhusejer ikke medhold, fordi revner i facadeelementerne var opstået gradvist over tid snarere end ved en konkret storm. Nævnet lagde vægt på, at fotobevis fra 2014 viste revnerne allerede på det tidspunkt, og at gentagne omfugninger tydede på en langsom udvikling – ikke en enkeltstående forsikringsbegivenhed.

For ejerskifteforsikringen gælder tilsvarende, at forsikringstageren skal bevise, at det skadegørende forhold var til stede ved overtagelsen. I 104068 fastslog Ankenævnet:

> *"Nævnet bemærker, at det er klageren, der skal bevise, at der foreligger en dækningsberettigende skade. Det er derfor klageren, der skal bevise, at der var forhold på overtagelsestidspunktet, der udgjorde skade eller nærliggende risiko for skade i ejerskifteforsikringens forstand."*

Den tidsmæssige afstand mellem overtagelse og skadesanmeldelse tillægges stor betydning – jo længere tid, jo sværere at løfte bevisbyrden.

Ved stormflod kan afgrænsningen mellem storm- og vandskade være afgørende. I 100888 afviste nævnet dækning, fordi skaderne var forenelige med vandpåvirkning snarere end vindpåvirkning, og klageren ikke havde løftet bevisbyrden for stormskade.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 22	
PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Ejerskifteforsikring – Vandindtrængen i eternitskifertag ikke bevist til stede ved overtagelse	18.03.2026
	Ankenævnet for Forsikring · Tvist om forsikringsdækning af vandskade efter stormskade på totaloverdækning ved tagudskiftning	21.01.2026
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for skade på fritidshus efter stormflod - Topdanmark Forsikring A/S	29.05.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af stormskadedækning på sommerhus grundet manglende bevis for stormårsag	09.01.2019

§ 3 Stormskade, vedligeholdelse og objektive dækningsbetingelser

Et centralt tvistpunkt i bygningsforsikring er sondringen mellem dækningsberettiget stormskade og skader forårsaget af manglende vedligeholdelse, ælde eller konstruktionsfejl, som typisk er undtaget fra dækning.

I 103744 fastslog Ankenævnet princippet for samvirkende årsager tydeligt: en gavl på et udhus var buet kraftigt udad efter vindstød af stormstyrke, men tilstandsrapporten påpegede allerede nedbrudte bærende konstruktioner, og ejeren havde ikke vedligeholdt i 4 år. Selvom vejrforholdene teknisk leverede definitionen på storm, fandt nævnet at skaden *overvejende* skyldtes nedbrudte konstruktioner. Selskabets tilbud om 20 % af reparationstilbuddet (med fradrag af selvrisiko) blev anset for rimeligt.

Når policen opstiller bestemte krav til den forsikrede bygningsdel, er spørgsmålet om der er tale om en *objektiv dækningsbetingelse* eller en *sikkerhedsforskrift*. Sondringen er afgørende, fordi:

- **Objektiv dækningsbetingelse**: Er betingelsen ikke opfyldt, er genstanden slet ikke omfattet af forsikringen.
- **Sikkerhedsforskrift** (jf. FAL § 51): Selskabet skal bevise, at forsikringsbegivenheden skyldes overtrædelsen.

I 101294 vurderede Ankenævnet et krav om, at hegn skal være fastmonteret på muret eller støbt fundament i mindst 60 cm dybde. Klageren argumenterede for, at kravet var en sikkerhedsforskrift, men nævnet fandt at der var tale om en objektiv dækningsbetingelse – hegnet var simpelthen ikke omfattet af forsikringen, når funderingskravet ikke var opfyldt.

Ved stormskader på bygninger under ombygning er det afgørende, om den midlertidige konstruktion anses som en "bygningsdel". I 103758 fastslog nævnet, at:

- Stilladser og totaloverdækninger er **ikke** bygningsdele, selv om de funktionelt erstatter taget under ombygning.
- Dækning forudsætter skade på "selve bygningen" efter policevilkårenes ordlyd.
- Tidligere praksis fra Ankenævnet (AK 3694, AK 2264), hvor presenninger direkte på spær blev behandlet som bygningsskade, kunne *ikke* overføres til fritstående stilladsoverdækninger.

LOV Forsikringsaftaleloven § 51

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Tvist om forsikringsdækning af vandskade efter stormskade på totaloverdækning ved tagudskiftning	21.01.2026
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af stormskade på udhusgavl grundet manglende vedligeholdelse	08.10.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af stormskade på hegn grundet manglende fundering	25.09.2024

§ 4 Grov uagtsomhed og fradrag i erstatningen

Har forsikringstageren fremkaldt forsikringsbegivenheden ved grov uagtsomhed, kan erstatningen nedsættes eller bortfalde efter FAL § 18, stk. 2. Det er selskabet, der bærer bevisbyrden for, at uagtsomheden var grov.

Bestemmelsen fastslår:

> *"Har han fremkaldt forsikringsbegivenheden ved en uagtsomhed, der under de foreliggende omstændigheder må betegnes som grov, skal det under hensyn til skyldgraden og omstændighederne i øvrigt afgøres, om erstatning skal ydes og i bekræftende fald med hvilket beløb."*

I 101028 fastsatte GF-Forsikring et fradrag på 15 % for grov uagtsomhed, da forsikringstagerens kæreste havde anvendt en ukrudtsbrænder for tæt på et sommerhus med træbeklædning. Selskabet pegede på:

- Meget tørt vejr og kraftig vind (op til 11,5 m/s)
- Manglende vandslange eller pulverslukker
- Ukrudtsbrænderen var anvendt ca. 20-30 cm fra træbeklædningen

Sagen illustrerer den konkrete afvejning, hvor både vindforhold, afstandskrav og sikkerhedsforanstaltninger indgår i vurderingen af skyldgraden.

Ved sikkerhedsforskrifter efter FAL § 51 gælder en omvendt bevisbyrde: selskabet skal godtgøre, at forsikringsbegivenhedens indtræden eller omfang skyldes overtrædelse af forskrifterne. Generelle branchevejledninger og vindmålinger er ikke tilstrækkelige – der kræves en konkret påvist overtrædelse af de i policen angivne sikkerhedsforskrifter.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 2 · Forsikringsaftaleloven § 51	
PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Tvist om erstatningsnedsættelse efter brand forårsaget af ukrudtsbrænder: Grov uagtsomhed eller ej?	15.05.2024

§ 5 Dobbeltforsikring mellem husforsikring og ejerskifteforsikring

Når samme skade er dækket af både husforsikringen og ejerskifteforsikringen, foreligger der dobbeltforsikring efter FAL §§ 41-44. Spørgsmålet om ejerskifteforsikringens retlige karakter – og om den er subsidiær i forhold til husforsikringen – blev afklaret af Østre Landsret i 2023.

I BS-24997/2020-OLR fastslog landsretten flere centrale principper:

1. **Ejerskifteforsikringen er en skadesforsikring** omfattet af FAL's dobbeltforsikringsregler. Retten gennemgik forarbejderne til forbrugerbeskyttelsesloven og konstaterede, at lovgiver bevidst havde valgt en "kaskolignende" ejerskifteforsikring.
2. **Ejerskifteforsikringen er IKKE subsidiær** efter Dobbeltforsikringsaftalens ophør den 20. april 2018. Branchen havde tidligere håndteret skader over husforsikringen, men dette var en aftalemæssig ordning – ikke en lovmæssig.
3. **Begge policers forbehold udløser forholdsmæssig fordeling** efter FAL § 43: når begge policer indeholder dobbeltforsikringsforbehold, hæfter selskaberne forholdsmæssigt.

Landsretten udtalte:

> *"Da der er tale om en skadesforsikring, er en ejerskifteforsikring derfor omfattet af forsikringsaftalelovens afsnit II om skadesforsikringer, herunder reglerne i §§ 41-44 om dobbeltforsikring."*

Retten fandt endvidere, at minimumsbekendtgørelsens undtagelse for "forhold dækket af anden forsikring" (bilag 1, pkt. 6, litra e) blot er udtryk for et dobbeltforsikringsforbehold og ikke en objektiv dækningsundtagelse. En bekendtgørelse kan ikke tilsidesætte forsikringsaftalelovens ufravigelige regler.

Praksis fra Forsikring & Pensions Responsumudvalg understøttede denne fortolkning, idet udvalget bekræftede, at udgifter efter Dobbeltforsikringsaftalens ophør fordeles efter FAL §§ 41-44.

LOV Forsikringsaftaleloven § 41 | Forsikringsaftaleloven § 42 | Forsikringsaftaleloven § 43

PRAKSIS **Landsretten** · Dobbeltforsikring: Husforsikring vs. Ejerskifteforsikring ved rådskade 17.03.2023

§ 6 Ejerskifteforsikringens dækning af skjulte mangler

Ejerskifteforsikringen dækker skjulte mangler ved bygningen, der var til stede ved overtagelsen, men først opdages efterfølgende. Dækningsomfanget er fastsat i minimumsbekendtgørelsen og omfatter:

- Udbedring af manglende eller nedsat funktion af **elinstallationer** samt lovliggørelse af ulovlige forhold
- Udbedring af manglende eller væsentligt nedsat funktion af **VVS-installationer** samt lovliggørelse
- Udbedring af aktuelle **bygningsskader** samt fysiske forhold, der giver nærliggende risiko for skader

Selvrisikoen må ikke overstige 5.000 kr. pr. dækningsberettigende forhold, og den samlede selvrisiko må ikke overstige 50.000 kr. i forsikringstiden.

Praksis viser flere tilbagevendende tvisttyper:

Ulovlige installationer: I 101104 afviste nævnet dækning for en manglende faldstamme til et "forberedt" badeværelse, da de eksisterende rørføringer ikke udgjorde en funktionsdygtig VVS-installation ved overtagelsen.

Kuldebroer og fugt: I 100711 afviste selskabet dækning for kuldebroer og skimmelsvamp forårsaget af fejlmonterede vinduer. Klageren anmeldte først i 2022 for en skade konstateret i 2018, og selskabet rejste forældelsesspørgsmålet.

Badeværelser: I 101915 afviste nævnet dækning for manglende fald på badeværelsesgulv, da skaden først blev opdaget ved en ombygning – klageren havde selv fjernet brusekabinen, og manglen var ikke til stede som en "aktuel skade" før denne ændring.

Konstruktionsfejl: I 100177 påklagedes en reduceret bærende bjælke under et badeværelse, der var skåret til for at give plads til en betonplade.

Forældelse: I 103055 behandlede nævnet forholdet mellem den generelle forældelsesfrist på 3 år efter Forældelsesloven § 3 og FAL's anmeldelsesfrist. For forbrugerforsikringer er anmeldelsesfrister kortere end 6 måneder ugyldige, jf. FAL § 29, stk. 6, hvilket blev lagt til grund i 99703.

LOV Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 6

Lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom m.v. § 5

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Ejerskifteforsikring – Vandindtrængen i eternitskifertag ikke bevist til stede ved overtagelse 18.03.2026

Ankenævnet for Forsikring · Tvist om dækning for utæt tegltag og skimmelvækst samt afklaring af forældelsesfrister ved ejerskifteforsikring 06.08.2025

Ankenævnet for Forsikring · Ejerskifteforsikring: Dækning af bygningsskader og udbedringsmetoder efter syn og skøn 09.04.2025

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning for manglende fald på badeværelsesgulv og manglende vådrumssikring 05.02.2025

Ankenævnet for Forsikring · Ejerskifteforsikring: Manglende faldstamme til "forberedt" badeværelse ikke dækket som VVS-installation 07.08.2024

Ankenævnet for Forsikring · Sag om afvisning af dækning for kuldebroer og fugtskader under ejerskifteforsikring 15.05.2024

Ankenævnet for Forsikring · Tvist om dækning af mangelfuld understrygning på ejerskifteforsikring: Spørgsmål om forældelse og bevis for skade 21.02.2024

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for reduceret bjælkelag under badeværelse 07.02.2024

Ankenævnet for Forsikring · Sag om afvisning af dækning for sætningsskader under entrepriseforsikring 07.02.2024

§ 7 Entrepriseforsikring under ombygning

Entrepriseforsikring tegnes i forbindelse med bygge- og ombygningsarbejder og dækker typisk som All Risk-forsikring skader på entreprisens genstand. Dækning for skader på *bestående bygninger* kræver særskilt tilkøb og er ofte omgærdet af objektive klausuler.

Praksis viser, at entrepriseforsikringens klausuler om bærende konstruktioner og farligt arbejde er objektive dækningsbetingelser – ikke sikkerhedsforskrifter efter FAL § 51. Konsekvensen er, at forsikringstageren skal dokumentere, at betingelserne er opfyldt, for at opnå dækning.

I 102500 afviste AXA Forsikring dækning for en alvorlig sætningsskade under ombygning af en staldbygning, da:

- **Klausul 4034** (bærende konstruktioner) krævede ingeniørberegninger, som ikke var fremlagt.
- **Klausul 4045** (farligt arbejde) undtog undermuring og understøbning, som ikke var særskilt dækket.
- Udgravningen var foretaget 50-80 cm under fundamentets underkant – i strid med begæringen.

Nævnet afviste at behandle sagen på skriftligt grundlag og henviste til domstolene, da rådgivningsspørgsmålet krævede bevisførelse.

Tilsvarende i 97610 afviste nævnet at behandle en tvist om en sammenstyrtet bygning under kælderrenovering. Nævnet bemærkede, at forsikringsdistributøren efter Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører §§ 16 og 20 har en tung rådgivningsforpligtelse – og at selskabets manglende dokumentation for den telefoniske rådgivning stillede det i en "vanskelig bevismæssig position."

I 99650 afviste nævnet dækning for vejrskadede byggematerialer under opførelse af et træhus. Materialerne lå direkte på jorden uden tilstrækkelig afdækning, hvilket udgjorde mangelfuld udførelse – undtaget fra All Risk-dækningen. Nævnet henviste til BR18 §§ 161 og 165 om pligten til at tage højde for vejrforhold under byggearbejder.

Den overordnede regel i AB 18 § 11 (og AB Forenklet § 10) er, at bygherren skal tegne og betale sædvanlig brand- og stormskadeforsikring fra arbejdets påbegyndelse, inkl. entreprenørerne som sikrede. Ved om- eller tilbygning skal forsikringen dække det udførte arbejde og den bestående bygning.

LOV Forsikringsaftaleloven § 51

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Uenighed om dækningsafvisning ved renovering af staldbygning og spørgsmål om rådgivningsansvar 09.04.2025

Ankenævnet for Forsikring · Sag om afvisning af dækning for sætningsskader under entrepriseforsikring 07.02.2024

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning for vejrskader på byggematerialer under opførelse af træhus grundet mangelfuld afdækning 13.12.2023

Ankenævnet for Forsikring · Sag om entrepriseforsikring og sammenstyrtning af hus under kælderrenovering: Tvist om rådgivningsansvar og dækningsomfang 01.06.2022

§ 8 Brandforsikring og panthaveres beskyttelse

Brandforsikring for bygninger er ikke lovpligtig, men i praksis kræves den af panthavere (realkreditinstitutter) som betingelse for belåning. FAL § 58 beskytter panthavernes rettigheder ved udbetaling af forsikringserstatning efter brand.

Højesteret fastslog i Sag 113/2017 vigtige principper for brandforsikring og panthavere:

- Forsikringsselskabet kan **ikke** udbetale erstatning til ejeren uden at sikre panthavernes fyldestgørelse. Der kræves objektiv sikkerhed – ikke blot tillid til, at genopførelse vil finde sted.
- Acontoudbetalinger til nedrivning (260.000 kr.) og betonelementer (1.832.582 kr.) der aldrig blev monteret, opfyldte ikke kravet om "lige så betryggende sikkerhed" som ved faktisk genopførelse.
- Forældelsesfristen for panthaverens krav begynder først at løbe fra det tidspunkt, hvor det er endeligt klart, at panthaveren ikke får dækning – her tvangsauktionstidspunktet.

Højesteret udtalte:

> *"Topdanmark [har] ved på dette grundlag at udbetale acontobeløbet på 1.832.582 kr. ikke [...] sikret sig lige så betryggende sikkerhed for panthavernes fyldestgørelse som ved genopførelse, jf. forsikringsaftalelovens § 58."*

Brandforsikringserstatningen opgøres som nyværdi, dvs. hvad det koster at genopføre det beskadigede med almindelig byggemåde på samme sted. Forsikringstageren skal faktisk genopføre eller istandsætte for at udløse den fulde nyværdierstatning – ellers opgøres erstatningen efter dagsværdi med fradrag for alder og slid jf. FAL § 37, stk. 1.

LOV `Forsikringsaftaleloven § 37, stk. 1, 3` `Forsikringsaftaleloven § 58, stk. 1`

PRAKSIS **Højesteret** · Ufyldestgjort panthavers krav på brandforsikringserstatning efter uberettiget udbetaling til ejer 06.06.2018

§ 9 Erstatningsudmåling, afskrivning og selvrisiko

Erstatningsudmålingen i bygningsforsikring indeholder flere tilbagevendende tvistpunkter:

Nyværdi og afskrivning: For bygninger med nyværdiforsikring beregnes erstatningen til genanskaffelsesprisen. Dog kan selskaberne afskrive på visse slidaktiver – typisk tag, tagpap, isolering og rør – efter alder, hvis afskrivningstabellerne er klart oplyst i policen eller minimumsbekendtgørelsen. Minimumsbekendtgørelsens bilag 2 fastsætter afskrivningstabeller for specifikke bygningsdele.

Det afgørende er, at:

- Afskrivningstabellen skal fremgå af forsikringsvilkårene eller bekendtgørelsen.
- Genopføres eller istandsættes bygningen, er fradraget begrænset til "forskellen mellem gammelt og nyt" jf. FAL § 37, stk. 3.
- Selskabet kan aldrig udbetale mere end den lidte skade jf. FAL § 39.

Selvrisiko pr. skade: Praksis viser, at selvrisiko beregnes pr. dækningsberettiget skade forstået som forhold med *samme skadeårsag* – ikke pr. enkeltforhold. I 104720 behandlede Ankenævnet spørgsmålet om dobbelt selvrisiko ved to skader fra samme trailer, der skete i samme kortvarige hændelsesforløb.

Kontanterstatning vs. udbedring: Selskabet har efter FAL § 39 og forsikringsvilkårene ret til at vælge mellem naturalopfyldelse (udbedring) og kontanterstatning. I 89928 fastslog nævnet, at selskabet efter almindelige erstatningsretlige principper er berettiget til at yde kontant erstatning i stedet for naturalopfyldelse – klageren kan derfor ikke kræve, at selskabet selv foretager udbedring eller garanterer for en tredjemands arbejde.

Syn og skøn: I 102209 blev der gennemført isoleret bevisoptagelse (syn og skøn), som anviste andre udbedringsmetoder og et andet omfang end selskabet. Efter syn og skøn udvidede selskabet dækningsomfanget, hvilket illustrerer skønsmandens rolle i forsikringstvister.

Ejerskifteforsikringens erstatningsloft: Det samlede erstatningsbeløb kan ikke overstige den kontante købesum for ejendommen med fradrag af den offentligt fastsatte grundværdi.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 37, stk. 3 · Forsikringsaftaleloven § 39	
PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Dobbelt selvrisiko ved to parkeringsskader fra samme trailer – GF-Forsikring A/S (sag 104720)	08.04.2026
	Ankenævnet for Forsikring · Ejerskifteforsikring: Dækning af bygningsskader og udbedringsmetoder efter syn og skøn	09.04.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Sag om mangelfuldt udbedringsarbejde efter svamp- og stormskade: Utilfredshed med erstatningsopgørelse og afslag på yderligere dækning	30.08.2017

§ 10 Dækningstilsagn og rådgivningsansvar

Et dækningstilsagn fra selskabet er som udgangspunkt bindende, men kan tilbagekaldes hvis det er afgivet på ufuldstændigt grundlag som følge af forsikringstagerens manglende opfyldelse af sin oplysningspligt.

Forsikringsdistributørens rådgivningsforpligtelse er reguleret i Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører. Centrale krav er:

- **§ 16**: Forsikringsdistributøren skal handle redeligt og loyalt.
- **§ 20**: Inden en forsikringsaftale indgås, skal kundens krav og behov fastlægges.
- **§ 21, stk. 1**: Når rådgivning ydes, skal der gives en individuel anbefaling.

I entrepriseforsikringssagerne har rådgivningsspørgsmålet stået centralt. I 97610 udtalte nævnet, at selskabet ved ikke at kunne fremlægge dokumentation for sin telefoniske rådgivning havde stillet sig i en vanskelig bevismæssig position, og at det er *selskabet*, der skal bevise, at det har fastlagt klagerens krav og behov.

I 99736 blev selskabet frifundet for rådgivningsansvar i forbindelse med stjålet værktøj under totalrenovering. Nævnet lagde vægt på, at det med "nødvendig klarhed" fremgik af forsikringsbetingelserne, at bygherrens

indbogenstande ikke var dækket, og at klageren ikke havde løftet bevisbyrden for en erstatningspådragende rådgivningsfejl.

Sammenholder man sagerne, tegner der sig et billede af, at nævnet stiller høje krav til selskabets dokumentation for rådgivningen – men at klageren fortsat skal bevise den konkrete fejl.

PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Uenighed om dækningsafvisning ved renovering af staldbygning og spørgsmål om rådgivningsansvar	09.04.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for stjålet værktøj under renovering: Utilstrækkelig rådgivning ved tegning af entrepriseforsikring?	23.08.2023
	Ankenævnet for Forsikring · Sag om entrepriseforsikring og sammenstyrtning af hus under kælderrenovering: Tvist om rådgivningsansvar og dækningsomfang	01.06.2022

§ 11 Sammenfatning af centrale praksis-mønstre

Bygningsforsikringens praksis viser et konsistent sæt af principper, der kan opsummeres i følgende mønstre:

Bevisbyrden er det mest gennemgående tema. Forsikringstageren skal bevise, at en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed er indtrådt – hvad enten det gælder stormens vindstyrke, skadens årsag, eller at et skjult forhold var til stede ved overtagelsen. Den tidsmæssige afstand mellem overtagelse/skadedato og anmeldelse er i praksis den vigtigste faktor.

Vedligeholdelse vs. forsikringsbegivenhed er den hyppigste afvisningsgrund. Nævnet anlægger en samlet vurdering af den *overvejende* årsag: selvom storm teknisk har medvirket, dækkes skaden ikke, hvis bygningsdelen i forvejen var nedbrudt af ælde eller manglende vedligeholdelse.

Objektive dækningsbetingelser vs. sikkerhedsforskrifter har stor praktisk betydning: funderingskrav, ingeniørberegningskrav og bygningsdefinitioner er dækningsbetingelser, ikke sikkerhedsforskrifter – og det er forsikringstageren, der skal dokumentere, at de er opfyldt.

Dobbeltforsikring mellem hus- og ejerskifteforsikring fordeles forholdsmæssigt efter FAL §§ 41-44, og ejerskifteforsikringen er ikke længere subsidiær efter Dobbeltforsikringsaftalens ophør i 2018.

Entrepriseforsikring kræver særlig omhu: dækning for bestående bygninger skal tilkøbes, og klausulernes objektive betingelser skal være opfyldt. Selskabets rådgivningsforpligtelse vejer tungt, men klageren skal fortsat dokumentere fejlen.

Panthaveres beskyttelse ved brandforsikring er streng: selskabet kan ikke opnå frigørende virkning for acontoudbetalinger uden at sikre objektiv betryggende sikkerhed for panthavernes fyldestgørelse.

Overordnet viser praksis, at bygningsforsikringsretten er stærkt vilkårsstyret – policevilkårenes ordlyd er udgangspunktet, og forsikringsaftaleloven fungerer som sikkerhedsnet for forbrugeren med ufravigelige regler om bevisbyrde, forældelse og grov uagtsomhed.

REFERENCE Lovgrundlag

8 paragraffer

Forsikringsaftaleloven § 18 stk. 2	Forsikringsaftaleloven § 22

Forsikringsaftaleloven § 37	Forsikringsaftaleloven § 41
Forsikringsaftaleloven § 43	Forsikringsaftaleloven § 51
Forsikringsaftaleloven § 58 stk. 1	Lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom m.v. § 5

MATERIALE

Citerede afgørelser

24 afgørelser

HØJESTERET · ØVERSTE INSTANS 1

06.06.2018	Ufyldestgjort panthavers krav på brandforsikringserstatning efter uberettiget udbetaling til ejer	113-2017

LANDSRETTEN · ANKEINSTANS 1

17.03.2023	Dobbeltforsikring: Husforsikring vs. Ejerskifteforsikring ved rådskade	2931-3474

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS 22

08.04.2026	Dobbelt selvrisiko ved to parkeringsskader fra samme trailer – GF-Forsikring A/S (sag 104720)	104720
18.03.2026	Ejerskifteforsikring – Vandindtrængen i eternitskifertag ikke bevist til stede ved overtagelse	104068
21.01.2026	Tvist om forsikringsdækning af vandskade efter stormskade på totaloverdækning ved tagudskiftning	103758
08.10.2025	Afslag på dækning af stormskade på udhusgavl grundet manglende vedligeholdelse	103744
06.08.2025	Tvist om dækning for utæt tegltag og skimmelvækst samt afklaring af forældelsesfrister ved ejerskifteforsikring	103055
09.04.2025	Ejerskifteforsikring: Dækning af bygningsskader og udbedringsmetoder efter syn og skøn	102209
09.04.2025	Uenighed om dækningsafvisning ved renovering af staldbygning og spørgsmål om rådgivningsansvar	102500
05.02.2025	Afslag på dækning for manglende fald på badeværelsesgulv og manglende vådrumssikring	101915
25.09.2024	Afslag på dækning af stormskade på hegn grundet manglende fundering	101294
07.08.2024	Ejerskifteforsikring: Manglende faldstamme til "forberedt" badeværelse ikke dækket som VVS-installation	101104
29.05.2024	Afvisning af dækning for skade på fritidshus efter stormflod - Topdanmark Forsikring A/S	100888
15.05.2024	Sag om afvisning af dækning for kuldebroer og fugtskader under ejerskifteforsikring	100711

15.05.2024	Tvist om erstatningsnedsættelse efter brand forårsaget af ukrudtsbrænder: Grov uagtsomhed eller ej?	101028
21.02.2024	Tvist om dækning af mangelfuld understrygning på ejerskifteforsikring: Spørgsmål om forældelse og bevis for skade	100254
21.02.2024	Afvisning af dækning for manglende vandmåler og nedgravet vandstik under ejerskifteforsikring	100304
07.02.2024	Afvisning af dækning for reduceret bjælkelag under badeværelse	100177
07.02.2024	Sag om afvisning af dækning for sætningsskader under entrepriseforsikring	99703
13.12.2023	Afslag på dækning for vejrskader på byggematerialer under opførelse af træhus grundet mangelfuld afdækning	99650
23.08.2023	Afvisning af dækning for stjålet værktøj under renovering: Utilstrækkelig rådgivning ved tegning af entrepriseforsikring?	99736
01.06.2022	Sag om entrepriseforsikring og sammenstyrtning af hus under kælderrenovering: Tvist om rådgivningsansvar og dækningsomfang	97610
09.01.2019	Afvisning af stormskadedækning på sommerhus grundet manglende bevis for stormårsag	92704
30.08.2017	Sag om mangelfuldt udbedringsarbejde efter svamp- og stormskade: Utilfredshed med erstatningsopgørelse og afslag på yderligere dækning	89928

07 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over driftstabs- og afbrydelsesforsikring

Karenstid, dækningsperiode, dokumentationskrav og opgørelse

Version 2 Opdateret 24. jun. 2026 12 afgørelser · 2019–2026 Læs online

INTRODUKTION

Driftstabsforsikring (også kaldet afbrydelsesforsikring) er en selvstændig skadesforsikring, der dækker en erhvervsvirksomheds tab af omsætning og faste driftsomkostninger i en periode, hvor virksomhedens drift er helt eller delvist afbrudt som følge af en forsikringsbegivenhed – typisk brand, vandskade eller maskinskade. I dansk forsikringsret følger det af forsikringsaftaleloven § 36, at en almindelig tingsforsikring ikke dækker driftstab, medmindre dette er særskilt aftalt. Praksis fra Ankenævnet for Forsikring, Højesteret og landsretterne viser, at tvister om driftstabsforsikring oftest drejer sig om forsikringssummens tilstrækkelighed, dokumentation for det lidte tab, forudbestående forhold, forældelse og fortolkning af karensperioder og dækningsperiodens udstrækning.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 En almindelig tingsforsikring dækker ikke driftstab – driftstabsforsikring skal aftales særskilt, jf. forsikringsaftaleloven § 36.

02 Forsikringstageren bærer bevisbyrden for, at en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed er indtrådt, og for tabets konkrete størrelse.

03 Erstatningen for driftstab kan aldrig overstige det faktisk lidte tab, selv om forsikringssummen er højere, jf. forsikringsaftaleloven § 39.

04 Forsikringsselskabet har pligt til at rådgive kunden om forsikringens dækningsomfang og eventuelle sumbegrænsninger, jf. bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 20.

05 Mangelfuld rådgivning om sumbegrænsninger ved forsikringsskifte kan medføre, at selskabet pålægges erstatningsansvar svarende til forskellen mellem den utilstrækkelige sum og det faktiske tab.

06 Forældelsesfristen for krav under driftstabsforsikring er 3 år, men forlænges med 1 år fra selskabets meddelelse om helt eller delvis afvisning, jf. forsikringsaftaleloven § 29, stk. 5.

07 Forudbestående forhold (sygdom, strukturelle problemer) kan udelukke dækning under en sygedriftstabsforsikring, hvis symptomerne er diagnosticeret før forsikringens ikrafttræden.

08 Fareforøgelse efter forsikringsaftaleloven § 45 finder tilsvarende anvendelse ved driftstabsforsikring, jf. § 50, stk. 2.

09 Forsikringstageren har pligt til at begrænse tabet efter forsikringsbegivenhedens indtræden, jf. forsikringsaftaleloven § 52 – manglende tabsbegrænsning kan reducere erstatningen.

10 I det omfang en skade er dækket af en driftstabsforsikring, bortfalder skadevolderens erstatningsansvar over for forsikringstageren, medmindre skaden er forvoldt forsætligt eller ved grov uagtsomhed, jf. erstatningsansvarsloven § 19.

11 Uklare forsikringsbetingelser fortolkes til fordel for den sikrede (uklarhedsprincippet), som fastslået af Højesteret.

12 Væsentlige vilkårsændringer – herunder indsnævring af dækning eller indførelse af nye undtagelser – skal varsles klart og tydeligt for at være gyldige over for forsikringstageren.

§ 1 Driftstabsforsikringens lovgrundlag og afgrænsning fra tingsforsikring

Driftstabsforsikring er en skadesforsikring, der dækker den erhvervsmæssige interesse i at kunne opretholde virksomhedens drift. Hjemlen for forsikringsformen findes i det generelle forsikringsprincip i Forsikringsaftaleloven § 35, der fastslår, at enhver lovlig interesse, der lader sig ansætte i penge, kan være genstand for skadesforsikring.

Det helt afgørende skel i dansk forsikringsret ligger i Forsikringsaftaleloven § 36, der bestemmer:

> *Er tingsforsikring tegnet uden angivelse af nogen bestemt interesse, skal forsikringen anses at dække den interesse, der knytter sig til, at selve tingens værdi ikke forringes ved forsikringsbegivenheden, men omfatter ikke anden til tingens bevarelse knyttet interesse. Selskabet svarer således ikke for driftstab eller for skade, som skyldes, at tingen ikke kan anvendes til den tid og på den måde, som er forudsat.*

Dette betyder, at en brandforsikring på en driftsbygning alene dækker genopførelsen af bygningen, men **ikke** det omsætningstab virksomheden lider, mens bygningen genopføres, medmindre driftstabsdækning er specifikt tilvalgt. I praksis tilbyder forsikringsselskaberne driftstabsdækning som et separat forsikringsprodukt eller som tilvalg til en erhvervsforsikring.

Driftstabsforsikringen dækker typisk:

- **Faste omkostninger** (husleje, lønninger, forsikringspræmier) der løber videre under afbrydelsen
- **Tabt dækningsbidrag** (den fortjeneste virksomheden ville have opnået)
- **Meromkostninger** til midlertidig drift fra alternative lokaler

Afgrænsningen mod erhvervsansvarsforsikring er vigtig: ansvarsforsikring dækker virksomhedens erstatningsansvar over for tredjemand, mens driftstabsforsikringen dækker virksomhedens eget økonomiske tab ved driftsafbrydelse.

LOV Forsikringsaftaleloven § 35 | Forsikringsaftaleloven § 36

§ 2 Erstatningsopgørelse og berigelsesforbuddet

Erstatningen under en driftstabsforsikring er underlagt det grundlæggende berigelsisforbud i Forsikringsaftaleloven § 39, der fastslår, at selskabet ikke er forpligtet til at udrede større erstatning end, hvad der kræves til den lidte skades dækning – selv om forsikringssummen er højere.

Opgørelsen af driftstabet sker typisk på grundlag af:

- Virksomhedens regnskaber for en repræsentativ referenceperiode (ofte 1-3 år forud for skaden)
- Den faktiske omsætningsnedgang i retableringsperioden
- Dokumenterede sparede variable omkostninger
- Eventuelle indtægter fra midlertidig alternativ drift

For genstande tilvirket til salg gælder Forsikringsaftaleloven § 38, hvorefter erstatningen fastsættes på grundlag af den salgspris, der kunne opnås umiddelbart før forsikringsbegivenheden, med fradrag for salgsomkostninger og fordelen ved kontant betaling.

En central problemstilling ved forsikringsopgørelsen illustreres af Ankenævnet for Forsikrings sag 101737, hvor forsikringstageren efter en totalbrand i november 2020 krævede erstatning ud til forsikringssummens maksimum, men selskabet bestred kravets størrelse under henvisning til familiens dokumenterede indkomst og manglende kvitteringer. Nævnet fastslog, at forsikringstageren har bevisbyrden for kravets størrelse, men at denne byrde lempes, når alle dokumenter er gået tabt ved brand.

LOV Forsikringsaftaleloven § 37 | Forsikringsaftaleloven § 38 | Forsikringsaftaleloven § 39

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Tvist om erstatning for indbo og løsøre efter totalbrand: Dokumentationskrav versus skønsmæssig erstatning 27.11.2024

§ 3 Dokumentationskrav og bevisbyrde efter brand- og vandskade

Dokumentation er et gennemgående stridspunkt i forsikringspraksis. Forsikringstageren har som udgangspunkt bevisbyrden for, at der foreligger en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed, og for tabets omfang.

I Ankenævnets sag 98402 afviste nævnet at tage stilling til en brandskadessag, da der var modstridende forklaringer om brandårsagen, og bevisførelsen krævede partsforklaringer og vidneafhøring. Nævnet bemærkede dog, at en brandskade som udgangspunkt udgør en dækningsberettiget skade, og at det påhviler **selskabet** at løfte bevisbyrden for, at der ikke foreligger en dækningsberettiget begivenhed.

Ved vandskader illustrerer sag 98419 princippet om, at forsikringstageren skal bevise årsagssammenhæng mellem den dækningsberettigede hændelse og de påståede følgeskader. Gjensidige Forsikring afviste dækning for skimmelsvamp under henvisning til egne rapporter, og nævnet fandt ikke grundlag for at tilsidesætte selskabets vurdering.

Ved erstatningsopgørelse efter vandskade understregede nævnet i sag 100042, at selskabet er ansvarligt for kvaliteten af det håndværkerarbejde, selskabet selv rekvirerer til udbedring.

For driftstabsforsikringer specifikt kræves typisk:

- Reviderede årsregnskaber for referenceperioden
- Dokumentation for faste omkostninger der fortsat afholdes under afbrydelsen
- Opgørelse af den faktiske omsætningsnedgang
- Dokumentation for tabsbegrænsende tiltag (midlertidige lokaler, ommøblering af drift)

LOV Forsikringsaftaleloven § 52

PRAKSIS
Ankenævnet for Forsikring · Tvister om erstatningsopgørelse efter vandskade og dækning af omkostninger til retssag mod Håndværkets Ankenævn 07.02.2024

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af indboerstatning efter brand: Tvivl om dækningsberettigelse og bevisførelse 01.03.2023

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for følgeskader efter vandskade i lejlighed – Gjensidige Forsikring 18.01.2023

§ 4 Rådgivningspligt og mangelfuld sumbegrænsning

Forsikringsdistributøren har efter Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 20 pligt til at fastlægge kundens krav og behov og give objektive oplysninger, så kunden kan træffe en informeret beslutning. Yder distributøren rådgivning, skal der efter § 21 gives en individuel anbefaling.

En principiel sag om netop denne problemstilling er Ankenævnets afgørelse i sag 101543. Sagen omhandlede et fritidslandbrug, der i 2021 blev kontaktet af en assurandør fra Alm. Brand, som tilbød 20 % besparelse ved forsikringsskifte. Klagerne lagde afgørende vægt på, at de ikke ville stilles dårligere dækningsmæssigt. I maj 2023 nedbrændte en lade og et maskinhus, og det viste sig, at bygningerne var indtegnet med en «1. risikosum» – et fast loft for erstatningen – i modsætning til den fulde nyværdidækning uden sumgrænse, klagerne hidtil havde haft.

Nævnet fastslog, at assurandøren havde svigtet sin rådgivningsforpligtelse ved ikke at oplyse om overgangen fra fuld nyværdidækning til sumbegrænset dækning. Princippet bekræftes også af sag 93698, hvor Topdanmark blev pålagt at anerkende dækningspligten, da en væsentlig vilkårsindsnævring ikke var varslet klart nok i forbindelse med et policeskifte.

Disse sager har direkte betydning for driftstabsforsikring, hvor konsekvensen af utilstrækkelig forsikringssum kan være langt mere vidtrækkende end ved tingsskade, fordi driftstabet typisk overstiger genopførelsesomkostningerne.

LOV Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 20

Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 21

PRAKSIS
Ankenævnet for Forsikring · Mangelfuld rådgivning om sumbegrænsning ved forsikringsskifte efter brand i driftsbygninger 27.11.2024

Ankenævnet for Forsikring · Topdanmark pålagt at dække rotteindtrængning gennem ubenyttede kloakrør efter mangelfuld varsling af vilkårsændring 02.10.2019

§ 5 Sygedriftstabsforsikring for selvstændige erhvervsdrivende

En særlig variant af driftstabsforsikring er **sygedriftstabsforsikringen**, der dækker en selvstændig erhvervsdrivendes driftstab, når ejeren selv bliver uarbejdsdygtig på grund af sygdom eller ulykke. Her er forsikringsbegivenheden ikke en tingsskade, men den sikredes personlige erhvervsudygtighed.

I Ankenævnets sag 103987 krævede en selvstændig erhvervsdrivende dækning under en sygedriftstabsforsikring hos Topdanmark for tabt omsætning som følge af Covid-19-smitte i februar 2021. Selskabet afviste kravet med henvisning til manglende lægelig dokumentation for erhvervsudygtighed ud over karensperioden på tre uger. Nævnet afviste klagen som forældet, idet den ordinære 3-årige forældelsesfrist efter Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 1 var udløbet, og tillægsfristen på 1 år efter § 29, stk. 5 ligeledes var overskredet.

I sag 98359 afviste nævnet dækning under en sygedriftstabsforsikring, fordi klagerens uarbejdsdygtighed bundede i en **forudbestående psykisk sårbarhed**. Klageren var sygemeldt med udbrændthed, men nævnet lagde vægt på, at klageren siden ungdommen havde haft problemer med følelsesregulering og perfektionisme, og at et lignende kollaps var indtrådt i 2010 – før forsikringens tegning i 2017.

> *"Nævnet har også lagt vægt på, at klageren siden ungdommen har haft problemer med følelsesregulering, en tendens til overdreven retfærdighedssans og perfektionisme og en vis regiditet, som har medført, at klageren i en stor del af sit liv har været psykisk sårbar og forud for købet af forsikringen har reageret med kollaps og depression på f.eks. konflikter."*

Disse sager illustrerer to centrale risikofaktorer ved sygedriftstabsforsikring:

- **Dokumentationskravet** for erhvervsudygtighed er strengt – lægeattest og eventuel sygemelding skal foreligge inden for karensperioden
- **Forudbestående forhold** kan udelukke dækning, selv om den aktuelle udløsende faktor er ny

LOV	Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 1, 5	
PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Sygedriftstabsforsikring og Covid-19: Krav afvist som forældet – Topdanmark mod selvstændig erhvervsdrivende	04.03.2026
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning for sygedriftstab grundet forudbestående psykisk lidelse og personlighedstræk	14.12.2022

§ 6 Fareforøgelse, grov uagtsomhed og sikkerhedsforskrifter

Reglerne om fareforøgelse i Forsikringsaftaleloven § 45 finder direkte anvendelse på driftstabsforsikring, jf. § 50, stk. 2. Det betyder, at forsikringstageren har pligt til at meddele selskabet, hvis forholdene ændrer sig på en måde, der forøger risikoen – fx ved ændret brug af lokaler, oplagring af brandfarlige materialer eller lignende.

I sag 101658 vedrørende en bilbrand afviste selskabet dækning under henvisning til fareforøgelse efter FAL § 45. Nævnet fandt dog, at forsikringsbetingelserne ikke med tilstrækkelig klarhed definerede, hvornår en fareforøgelse indtrådte, og dækningen blev opretholdt. Princippet om, at betingelserne skal være klare for at kunne påberåbes, har direkte betydning for driftstabsforsikring.

Grov uagtsomhed efter Forsikringsaftaleloven § 18 kan medføre hel eller delvis bortfald af dækning. I sag 100560 fastsatte nævnet en reduktion på 5 % i erstatningen efter en brandskade opstået under tagdækning i stormvejr, idet klageren som professionel tagdækker burde have indset risikoen.

Sikkerhedsforskrifter i forsikringsbetingelserne bedømmes efter Forsikringsaftaleloven § 51. For driftstabsforsikring kan betingelserne indeholde krav om brandalarmer, sprinkleranlæg, opbevaring af brandfarlige materialer mv. Overtrædelse medfører kun bortfald af dækning, hvis det godtgøres, at forsikringsbegivenhedens indtræden eller omfang skyldes overtrædelsen.

LOV Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 2 | Forsikringsaftaleloven § 45 | Forsikringsaftaleloven § 50, stk. 2 | Forsikringsaftaleloven § 51

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Kaskodækning ved bilbrand i udlandet efter længere tids ophold – fareforøgelse afvist på grund af upræcise forsikringsvilkår 19.03.2025

Ankenævnet for Forsikring · Sag om brandskade ved tagdækning: Spørgsmål om grov uagtsomhed 29.05.2024

§ 7 Fortolkning af forsikringsbetingelser og uklarhedsprincippet

Driftstabsforsikringens vilkår fastsættes i forsikringsbetingelserne, og fortolkningstvister er hyppige. Et bærende princip i dansk forsikringsret er **uklarhedsprincippet** – at uklare forsikringsbetingelser fortolkes til fordel for den sikrede.

I Højesterets dom BS-29825/2020-HJR fastslog Højesteret:

> *"Højesteret finder, at forsikringsbetingelserne skal fortolkes på den måde, som er mest gunstig for den sikrede."*

Selvom sagen vedrørte ulykkesforsikring, er princippet generelt og finder tilsvarende anvendelse ved driftstabsforsikring – fx ved fortolkning af, hvad der udgør en «dækningsberettiget forsikringsbegivenhed», hvordan «dækningsperioden» afgrænses, eller om en specifik undtagelsesbestemmelse finder anvendelse.

Højesteret har endvidere i sag 101/2022 principielt fastslået, at det ved vurdering af forsikringsprodukter er **de aftalte vilkår** – ikke selskabets faktiske praksis – der er afgørende:

> *"Det afgørende ved vurderingen af, om markedsføring af en forsikring er vildledende, er produktets egenskaber, sådan som de fremgår af de aftalte vilkår for forsikringen."*

For driftstabsforsikring betyder dette, at forsikringstageren kan støtte ret på vilkårenes ordlyd, uanset om selskabet normalt administrerer betingelserne mere restriktivt end ordlyden tilsiger.

PRAKSIS **Højesteret** · Bøde på 16,9 mio. kr. for vildledende markedsføring af bilforsikring (Fastpris) 25.09.2023

Højesteret · Forsikringsbetingelsers fortolkning ved skade på parrede organer (øjne) og anvendelse af uklarhedsprincippet 12.05.2021

§ 8 Regresreglen i erstatningsansvarsloven § 19 og forholdet til skadevolder

Erstatningsansvarsloven § 19 etablerer en central sammenhæng mellem driftstabsforsikring og det almindelige erstatningsansvar. Bestemmelsen fastslår:

> *I det omfang en skade er dækket af en tingsforsikring eller en driftstabsforsikring, er der ikke erstatningsansvar.*

Dette betyder, at skadevolderen – fx en nabo hvis brand spreder sig – som udgangspunkt **ikke** kan holdes erstatningsansvarlig for forsikringstagerens driftstab, hvis tabet er dækket af en driftstabsforsikring. Forsikringsselskabet kan heller ikke søge regres mod skadevolderen.

Reglen gælder dog **ikke**, når:

- Skaden er forvoldt **forsætligt eller ved grov uagtsomhed** (stk. 2, nr. 1)
- Skaden er forvoldt ved udøvelse af **offentlig eller erhvervsmæssig virksomhed** (stk. 2, nr. 2)

For **arbejdstagere** gælder endvidere efter stk. 3, at en ansat der forvolder en skade dækket af arbejdsgiverens driftstabsforsikring, ikke ifalder personligt erstatningsansvar, medmindre skaden er forvoldt forsætligt eller ved grov uagtsomhed.

Denne regel har stor praktisk betydning, idet den indebærer, at en virksomhed med en driftstabsforsikring i praksis bærer sin egen risiko for medarbejderes simple uagtsomhed. Omvendt kan det motivere erhvervsvirksomheder til at tegne driftstabsforsikring, fordi de ikke kan regne med at inddrive driftstabet fra en privat skadevolder, selv om denne er culpøs.

LOV Erstatningsansvarsloven § 19

§ 9 Driftstabsdækning under terrorforsikringsordningen

Lov om en terrorforsikringsordning på skadesforsikringsområdet § 1, stk. 3 fastsætter udtrykkeligt, at der kan ydes erstatning for **driftstab på bygninger og løsøre** i tilfælde af NBCR-terrorhandlinger (nukleare, biologiske, kemiske eller radioaktive). Ordningen forudsætter, at der er tegnet brandforsikring på ejendommen eller genstanden.

Finansiering sker via et statsligt genudlån inden for en ramme på 13,4 mia. kr. (2010-niveau), jf. § 3. Beløbet tilbagebetales via en afgift på 5 % af brandforsikringspræmien.

Ordningen illustrerer, at lovgiver eksplicit har anerkendt, at driftstab kan udgøre et selvstændigt forsikringsrelevant tab ud over tingsskaden, og at der ved ekstraordinære begivenheder kan være behov for en statsgaranteret dækning, fordi markedet ikke alene kan bære risikoen.

LOV Lov om en terrorforsikringsordning på skadesforsikringsområdet § 1, stk. 3
Lov om en terrorforsikringsordning på skadesforsikringsområdet § 3

§ 10 Forældelse og kravets fremsættelse

Krav under driftstabsforsikring forældes efter de almindelige regler i Forsikringsaftaleloven § 29 sammenholdt med forældelsesloven. Den ordinære forældelsesfrist er **3 år** fra det tidspunkt, hvor kravet kan gøres gældende.

To centrale tillægsregler gælder:

- **Anmeldelsesreglen** (§ 29, stk. 5, 1. pkt.): Er skaden anmeldt til selskabet inden forældelsesfristens udløb, indtræder forældelse tidligst **1 år** efter selskabets meddelelse om hel eller delvis afvisning.

- **Opgørelsesreglen** (§ 29, stk. 5, 2. pkt.): Anerkender selskabet, at der foreligger en dækningsberettiget skade, men anmoder om yderligere oplysninger til opgørelse, indtræder forældelse **3 år** efter selskabets meddelelse.

Disse regler har særlig betydning ved driftstab, hvor tabsopgørelsen kan strække sig over en lang retableringsperiode, og hvor det præcise tab først kan opgøres endeligt, når virksomhedens drift er genoptaget.

Ankenævnets behandling af sag 103987 bekræfter, at fristerne administreres strengt. Klageren indgav klagen mere end 3 år efter skadens anmeldelse og mere end 1 år efter selskabets afslag, hvorfor kravet var forældet.

Forsikringsydelsen kan efter Forsikringsaftaleloven § 24 kræves betalt 14 dage efter, at selskabet har fået de nødvendige oplysninger til at bedømme forsikringsbegivenheden og fastsætte ydelsens størrelse. Beløbet forrentes herefter med procesrente. Det er givet, at en del af beløbet skal betales, kan denne del forlanges udbetalt som acontobeløb.

LOV Forsikringsaftaleloven § 24 Forsikringsaftaleloven § 29

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Sygedriftstabsforsikring og Covid-19: Krav afvist som forældet – Topdanmark mod selvstændig erhvervsdrivende 04.03.2026

§ 11 Sammenfatning og praktiske opmærksomhedspunkter

Praksis på driftstabsforsikringsområdet tegner et klart billede af de centrale problemstillinger:

- **Selvstændig aftalebasis**: Driftstab dækkes aldrig automatisk af en tingsforsikring – der skal en udtrykkelig aftale til, og forsikringstageren bør sikre sig, at dækningsperioden og forsikringssummen svarer til virksomhedens reelle tabspotentiale.
- **Dokumentation**: Forsikringstageren bærer bevisbyrden for tabets størrelse. Erhvervsvirksomheder bør løbende opbevare regnskaber, kontrakter og driftsdata, der kan understøtte en tabsopgørelse, hvis skaden rammer.
- **Rådgivning**: Forsikringsdistributøren har pligt til at rådgive om dækningens omfang. Fejl i rådgivningen – herunder manglende oplysning om sumbegrænsninger – kan medføre erstatningsansvar for distributøren.
- **Tabsbegrænsning**: Forsikringstageren skal efter Forsikringsaftaleloven § 52 aktivt søge at begrænse tabet – fx ved at etablere midlertidig drift, omlægge produktionen eller flytte til alternative lokaler.
- **Forældelse**: Krav skal fremsættes rettidigt, og den 3-årige forældelsesfrist løber fra skadens anmeldelse, med tillægsfrister der afhænger af selskabets sagsbehandling.
- **Vilkårsændringer**: Selskabet kan ikke ensidigt indsnævre dækningen uden klar og tydelig varsling – og forsikringsbegivenheder der allerede er indtrådt, opgøres efter de vilkår, der var gældende på hændelsestidspunktet.

Samlet set viser praksis, at driftstabsforsikring er et komplekst forsikringsprodukt, der kræver opmærksomhed ved tegning, løbende tilpasning til virksomhedens udvikling og omhyggelig dokumentation ved skadens indtræden.

LOV Forsikringsaftaleloven § 52

REFERENCE Lovgrundlag

6 paragraffer

Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 20	Erstatningsansvarsloven § 19
Forsikringsaftaleloven § 29 stk. 5	Forsikringsaftaleloven § 36
Forsikringsaftaleloven § 39	Forsikringsaftaleloven § 50 stk. 2

MATERIALE Citerede afgørelser

12 afgørelser

HØJESTERET · ØVERSTE INSTANS 2

25.09.2023	Bøde på 16,9 mio. kr. for vildledende markedsføring af bilforsikring (Fastpris)	101/2022
12.05.2021	Forsikringsbetingelsers fortolkning ved skade på parrede organer (øjne) og anvendelse af uklarhedsprincippet	bs-29825-2020-hjr

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS 10

04.03.2026	Sygedriftstabsforsikring og Covid-19: Krav afvist som forældet – Topdanmark mod selvstændig erhvervsdrivende	103987
19.03.2025	Kaskodækning ved bilbrand i udlandet efter længere tids ophold – fareforøgelse afvist på grund af upræcise forsikringsvilkår	101658
27.11.2024	Mangelfuld rådgivning om sumbegrænsning ved forsikringsskifte efter brand i driftsbygninger	101543
27.11.2024	Tvist om erstatning for indbo og løsøre efter totalbrand: Dokumentationskrav versus skønsmæssig erstatning	101737
29.05.2024	Sag om brandskade ved tagdækning: Spørgsmål om grov uagtsomhed	100560
07.02.2024	Tvister om erstatningsopgørelse efter vandskade og dækning af omkostninger til retssag mod Håndværkets Ankenævn	100042
01.03.2023	Afvisning af indboerstatning efter brand: Tvivl om dækningsberettigelse og bevisførelse	98402
18.01.2023	Afvisning af dækning for følgeskader efter vandskade i lejlighed – Gjensidige Forsikring	98419
14.12.2022	Afslag på dækning for sygedriftstab grundet forudbestående psykisk lidelse og personlighedstræk	98359
02.10.2019	Topdanmark pålagt at dække rotteindtrængning gennem ubenyttede kloakrør efter mangelfuld varsling af vilkårsændring	93698

08 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over ejerskifteforsikring (LEFE §§ 1-4 + FAL)

Dækning af skjulte fysiske mangler efter LEFE og dækningsbekendtgørelsen – praksis fra Ankenævnet for Forsikring og domstolene

Version 2 Opdateret 15. jul. 2026 17 afgørelser · 2003-2025 Læs online

INTRODUKTION

Ejerskifteforsikringen er en frivillig forbruger-skadesforsikring, som køber af en bolig kan tegne under huseftersynsordningen i lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom (LEFE). Den dækker skjulte fysiske mangler ved bygningerne, der var til stede ved overtagelsen, men ikke fremgår – eller er klart forkert beskrevet – i tilstands- eller elinstallationsrapporten. Forsikringens minimumsdækning er detaljeret fastlagt i dækningsbekendtgørelsen (BEK nr. 13 af 12. januar 2012, bilag 1), mens forsikringsforholdet i øvrigt reguleres af forsikringsaftaleloven (FAL). Praksis fra Ankenævnet for Forsikring og domstolene handler navnlig om grænsen mellem "nævnt i rapporten" og "klart forkert beskrevet", om bagatelgrænse, selvrisiko og nyværdi/afskrivning, om følgeskader og fugt/skimmel, og om regres mod den bygningssagkyndige.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Ejerskifteforsikringen er en frivillig forbruger-skadesforsikring under huseftersynsordningen; sælgers fritagelse for det 10-årige mangelsansvar forudsætter bl.a., at køber har fået udleveret tilstands- og elinstallationsrapport samt tilbud om ejerskifteforsikring (LEFE § 2, stk. 1).

02 Forsikringen dækker kun 'skade' eller 'nærliggende risiko for skade', der nedsætter bygningens værdi eller brugbarhed nævneværdigt i forhold til tilsvarende intakte bygninger af samme alder – ikke funktionsforhold, æstetik, sædvanligt slid eller udløb af levetid.

03 Et forhold, der er nævnt i tilstands- eller elinstallationsrapporten, er undtaget fra dækning, medmindre det er 'klart forkert beskrevet', dvs. misvisende eller klart ufyldestgørende, så køber ikke kunne tage forholdets reelle karakter, omfang eller betydning i betragtning.

04 Der gælder en bagatelgrænse: forhold under (indeksreguleret) 5.000 kr. kan slet ikke anmeldes, og selvrisikoen kan højst udgøre 5.000 kr. pr. forhold og samlet 50.000 kr. i forsikringstiden.

05 Erstatningen opgøres som nyværdi, men afskrives for en række bygningsdele efter faste tabeller (dækningsbekendtgørelsens bilag 2) og kan samlet ikke overstige den kontante købesum minus grundværdien.

06 Følgeskader forårsaget af forhold, som køber på grundlag af rapporten burde have udbedret, er ikke dækket.

07 Forhold uden for selve bygningen (fx nedgravede olietanke, jordforurening) og ulovlige bygningsindretninger – bortset fra el- og vvs-installationer – dækkes ikke og henhører under sælgers ansvar.

08 Forsikringen dækker forhold, der var til stede ved eller opstået inden købers overtagelse, og som konstateres og anmeldes i forsikringstiden, der mindst er 5 år og af køberen kan forlænges til i alt 10 år.

09 Køber – og det forsikringsselskab, der indtræder i kravet – kan rejse regres mod den bygningssagkyndige efter LEFE § 3 for fejl, der burde have været omtalt i rapporten, herunder for selvrisiko og undtagne forhold.

10 Krav mod selskabet forældes efter forældelsesloven sammenholdt med FAL § 29; en anmeldt skade forældes dog tidligst 1 år efter selskabets meddelelse om helt eller delvis afvisning.

11 Sammenstød mellem ejerskifteforsikring og sælgers husforsikring afgøres kun efter reglerne om dobbeltforsikring i FAL §§ 41-42, hvis samme interesse og samme person er forsikret hos begge selskaber.

§ 1 Ejerskifteforsikringens plads i huseftersynsordningen

Huseftersynsordningen bygger på et bytteforhold: sælgeren kan frigøre sig fra det almindelige (op til 10-årige) mangelsansvar mod at give køberen et fyldestgørende beslutningsgrundlag. Efter LEFE § 2, stk. 1 kan køberen – når denne fra sælgeren har modtaget en tilstandsrapport, en elinstallationsrapport og oplysning om ejerskifteforsikring inden aftalens indgåelse – ikke over for sælgeren påberåbe sig, at bygningens fysiske tilstand er mangelfuld, eller at en fejl burde have været nævnt i rapporterne. Sælgerens fritagelse forudsætter tillige, at sælger tilbyder at betale mindst halvdelen af forsikringspræmien og sikrer sig, at køber er bekendt med retsvirkningerne, jf. § 2, stk. 3 og 4.

Ejerskifteforsikringen er den forbrugerbeskyttende modvægt hertil: den skal sikre, at der er penge til at udbedre de skjulte skader, som netop ikke er omtalt i rapporten. Ordningen er beskrevet i forarbejderne som en frivillig, civilretlig ordning, der beskytter både køber og sælger. Betænkning nr. 1276/1994 om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom, s. 94 fremhæver, at både køber og sælger typisk er privatpersoner, hvorfor beskyttelsen bør rettes mod begge parter. Udvalget foreslog derfor en løsning, der dels forebygger tvister (tilstandsrapporten), dels sikrer, at der er dækning, hvis en skjult fejl alligevel viser sig (betænkning nr. 1276/1994, s. 139).

Ordningen har haft stor gennemslagskraft: i 2008 blev der tegnet ejerskifteforsikring i 53 pct. af samtlige ejendomshandler (67 pct. for enfamiliehuse og sommerhuse), og antallet af retssager om mangler ved fast ejendom faldt med ca. 80 pct. fra 1990 til 2007. Ordningen blev senere revideret på grundlag af Betænkning nr. 1520/2010 om huseftersynsordningen, der bl.a. indførte den selvstændige elinstallationsrapport og udvidede forsikringens dækning (vvs-installationer, fugt/skimmel, forøgede byggeudgifter, teknisk bistand og genhusning). Revisionen trådte i kraft 1. januar 2012.

Selve forsikringen tegnes af køberen og er en skadesforsikring underlagt forsikringsaftaleloven. LEFE § 5, stk. 1 og dækningsbekendtgørelsen fastsætter kun *minimumsvilkårene*; en konkret police kan være mere gunstig, ligesom selskabet efter dækningsbekendtgørelsens § 1, nr. 1 kan tage forbehold for bestemte bygningsdele på grundlag af oplysninger i tilstands- eller elinstallationsrapporten. Forsikringen dækker mindst 5 år fra overtagelsen og kan af køberen forlænges til i alt 10 år, medmindre køberen har forsømt at vedligeholde ejendommen forsvarligt.

Ordningens frivillige karakter har en bagside for den køber, der fravælger forsikringen. I **BS-12684/2019-LYN** (2098) havde køberne fravalgt ejerskifteforsikring og måtte i stedet forfølge sælger og den bygningssagkyndige direkte, da der efter overtagelsen viste sig sætningsskader på op til 16 cm, som nødvendiggjorde nedrivning. Retten fandt sælger groft uagtsom og den bygningssagkyndige ansvarlig og pålagde dem solidarisk at betale 2.205.000 kr. Havde køberne tegnet forsikringen, ville de skjulte skader i første række have kunnet anmeldes til selskabet. Afgrænsningen mod sælgers mangelsansvar uden ejerskifteforsikring behandles nærmere i praksisoversigten koebsalgsfast-ejendom-mangler.

LOV `Bekendtgørelse om dækningsomfanget for ejerskifteforsikringer § 1`

`Lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom § 2, stk. 1`

`Lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom § 5, stk. 1`

PRAKSIS **Byretten** · Huskøbere får erstatning for sætningsskader grundet manglende oplysninger fra sælger og fejlagtig tilstandsrapport 12.02.2021

§ 2 Dækningskernen: 'skade' og 'nærliggende risiko for skade' med nævneværdig værdiforringelse

Kernen i dækningen er defineret i dækningsbekendtgørelsens bilag 1, nr. 2, litra c. Forsikringen dækker udbedring af aktuelle skader samt fysiske forhold, der giver nærliggende risiko for skade. Bekendtgørelsen definerer selv de to begreber:

> *Ved »skade« forstås brud, lækage, deformering, svækkelse, revnedannelse, ødelæggelse eller andre fysiske forhold i bygningen, der nedsætter bygningens værdi eller brugbarhed nævneværdigt i forhold til tilsvarende intakte bygninger af samme alder i almindelig god vedligeholdelsesstand. Manglende bygningsdele kan være en skade.*
>
> *Ved »nærliggende risiko for skader« forstås, at der erfaringsmæssigt vil udvikle sig en skade, hvis der ikke sættes ind med særligt omfattende vedligeholdelsesarbejder eller andre forebyggende foranstaltninger.*

To elementer er afgørende. For det første skal der være tale om en fysisk **skade** (eller nærliggende risiko herfor) – ikke blot et uhensigtsmæssigt eller ældet forhold. For det andet skal skaden nedsætte bygningens værdi eller brugbarhed **nævneværdigt** sammenlignet med et tilsvarende, intakt hus af samme alder. Heri ligger et proportionalitets- og bagatelkriterium: mindre skader, som en køber af et brugt hus altid må være forberedt på, falder uden for dækningen. Ud over dækning af selve bygningsforholdet dækkes efter bilag 1, nr. 2, litra a og b også manglende/nedsat funktion og ulovlige forhold ved el- og vvs-installationer.

Bevisbyrden for, at der overhovedet foreligger et dækningsberettiget tab, påhviler forsikringstageren. Det illustreres skarpt af **BS-26369/2019-FRB** (1251), hvor køberen af et bindingsværkshus fra 1827 havde fået konstateret betydelige fugt- og skimmelforekomster, herunder meget høje DNA-målinger af skimmelsvampe. Retten frifandt alligevel selskabet, fordi køberen ikke havde godtgjort et dækningsberettiget tab:

> *Retten bemærkede, at skimmelsvampens omfang – herunder de høje målinger – ikke i sig selv godtgjorde, at bygningens værdi var nævneværdigt nedsat i forhold til tilsvarende bygninger af samme alder, henset til den almindelige risiko for fugt i ældre bindingsværkshuse.*

Afgørelsen viser, at end ikke omfattende måletekniske fund automatisk udløser dækning: der skal føres bevis for en *nævneværdig* værdiforringelse i forhold til et sammenligneligt hus af samme alder, og selskabets police kunne desuden lovligt indeholde et forbehold for svamp, råd, fugt og skimmel begrundet i husets oprindelige konstruktionsprincip.

Forarbejderne understøtter det samme mådehold. Betænkning nr. 1520/2010, s. 162 fremhæver, at en køber af et brugt hus må være forberedt på en række mindre skader, og at domstolene i mangelssager har fastholdt, at mangler helt op til 8-10 pct. af købesummen ikke nødvendigvis berettiger til krav mod sælger.

LOV Bekendtgørelse om dækningsomfanget for ejerskifteforsikringer § 1

PRAKSIS **Byretten** · Sag om ejerskifteforsikring – dækning af fugt- og svampeskader 09.02.2022

§ 3 Forholdet mellem tilstandsrapportens karakterer og dækningen – 'nævnt i rapporten' contra 'klart forkert beskrevet'

Den hyppigste tvist mellem køber og forsikringsselskab er, om et forhold allerede fremgår af tilstands- eller elinstallationsrapporten. Efter dækningsbekendtgørelsens bilag 1, nr. 6, litra a, er forhold, der er nævnt i rapporten, som udgangspunkt undtaget fra dækning – men med en central modifikation:

> *a) Forhold, som er nævnt i tilstandsrapporten eller elinstallationsrapporten, medmindre forholdet er klart forkert beskrevet. Et forhold anses for klart forkert beskrevet, hvis beskrivelsen er misvisende eller klart ufyldestgørende, således at en køber ikke på grundlag af den pågældende rapport har haft mulighed for at tage forholdets reelle karakter, omfang eller betydning i betragtning.*

Tilstandsrapportens karaktersystem (typisk K1 = mindre/kosmetisk forhold, K2 = skade, K3 = alvorlig/kritisk skade samt UN = bør undersøges nærmere og IB = ingen bemærkninger) spiller ind på to måder. Er en skade korrekt karakteriseret, er den "nævnt" og dermed købers risiko over for selskabet. Er den derimod nævnt, men bagatelliseret med en klart for lav karakter eller en misvisende beskrivelse, kan forholdet være "klart forkert beskrevet" og dermed dækket.

Spørgsmålet var kernen i **Ankenævnet for Forsikring, sag 102683** (28. maj 2025), der netop angik, om sætningsskader, som i tilstandsrapporten alene var beskrevet som "revner", var undtaget som nævnt i rapporten eller kunne kræves dækket som klart forkert beskrevet. En uprecis kategorisering af en sætningsskade som en simpel revne er egnet til at afskære køberen fra at forstå forholdets reelle karakter og betydning – og dermed potentielt "klart forkert beskrevet".

Sammenhængen ses tydeligt, når karaktergivningen efterprøves ved syn og skøn. I **BS-12684/2019-LYN** (2098) havde den bygningssagkyndige tildelt niveauforskelle og revner karakteren K1 ("mindre skade uden

betydning"), skønt det samlede skadesbillede pegede på omfattende sætninger. Retten fandt karaktergivningen ansvarspådragende:

> *Retten finder, at den bygningssagkyndige har handlet ansvarspådragende ved at tildele et klart forkert karakter (K1 i stedet for UN) og ved ikke at anbefale yderligere geotekniske undersøgelser.*

Hvor der er tydeligt konstaterbare skævheder, hvis udvikling ikke kan bedømmes ved en visuel besigtigelse, er den rette markering netop **UN (undersøges nærmere)**. Det fastslog Disciplinær- og klagenævnet for beskikkede bygningssagkyndige i sagerne 17159 og 3084, hvor tydelige gulvhældninger og selvlukkende døre burde have udløst karakteren UN med anbefaling om geoteknisk undersøgelse. Undlades dette, er forholdet enten helt uomtalt eller klart forkert beskrevet – og dermed inden for forsikringens dækning. De disciplinære konsekvenser for den bygningssagkyndige behandles i praksisoversigten tilstandsrapport-mangler.

LOV `Bekendtgørelse om dækningsomfanget for ejerskifteforsikringer § 1`

PRAKSIS

Byretten · Huskøbere får erstatning for sætningsskader grundet manglende oplysninger fra sælger og fejlagtig tilstandsrapport	12.02.2021
Disciplinær- og Klagenævnet for Beskikkede Bygningssagkyndige · Klage over bygningssagkyndigs manglende anmærkning om skæve gulve og vægge i tilstandsrapport	23.05.2018
Disciplinær- og Klagenævnet for Beskikkede Bygningssagkyndige · Erstatningsansvar for bygningssagkyndig grundet mangelfuld tilstandsrapport om skævheder i ejendom	11.11.2003
Ankenævnet for Forsikring · Ejerskifteforsikring: Tvist om dækning af sætningsskader beskrevet som revner i tilstandsrapport	28.05.2025

§ 4 Undtagelseskataloget: slid og ælde, funktionsforhold, æstetik og gentagne forhold

Dækningsbekendtgørelsens bilag 1, nr. 6, opregner udtømmende, hvad der er undtaget fra dækningen. Ud over forhold nævnt i rapporten (litra a) omfatter kataloget bl.a.:

Litra	Undtaget forhold
b	Funktionsforhold (planløsning, indretning, brugbarhed), servitutter og offentligretlig lovlighed samt æstetiske/arkitektoniske forhold – medmindre forholdet har medført skade eller nærliggende risiko for skade
c	Bygningsdele/installationer, som ifølge rapporten skønnes gjort utilgængelige for den sagkyndige
d	Forhold, som køber havde kendskab til før forsikringsaftalens indgåelse
e	Forhold dækket af garanti eller af en anden forsikring
f	Sædvanligt slid eller manglende vedligeholdelse – medmindre der er sket skade eller er nærliggende risiko for skade
g	Udløb af bygningsdeles sædvanlige levetid
h	Fejlagtig angivelse af tagets forventede restlevetid
i	Følgeskader af forhold, køber på grundlag af rapporten burde have udbedret

j	Gentagelsesforhold, hvor køber var advaret om, at forholdet kunne opstå igen
k	Købers individuelle ønsker eller blot afvigende materialevalg
l	Forhold under (indeksreguleret) 5.000 kr.

Grænsen mellem dækket skade og udækket slid/ælde er ofte glidende og afgøres konkret. Bekendtgørelsens bilag 3 giver retningsgivende eksempler, der genfindes i ankenævns- og domspraksis:

- **Dækningsberettigende** (i almindelighed): rådskader i vinduesrammer, der ikke alene skyldes aldersnedslidning; utæt tag pga. for lille overlæg mellem tagsten; manglende ventilation, der har medført råd/svamp; større revner og sætningsskader pga. forkert fundering.
- **Ikke dækningsberettigende** (i almindelighed): punkterede termoruder, ridser i glas, knirkende gulve og trappetrin, stedvis skrukke fliser, revnedannelse/afskalning af puds ved almindelig aldersbetinget slid, samt svind- og udtørringsrevner uden betydning for konstruktionen.

Sondringen mellem det bagatelagtige/aldersforventelige og den egentlige skade er også kernen i de sager, hvor et krav afvises helt. I sagen om et sommerhus fra 1975, 13104, blev bl.a. et mindre stenslag i en termorude vurderet som bagatelagtigt og ikke noget, der kunne forventes anført. Tilsvarende blev revnede fliser og råd i et karnapvindue i sagen 4173 delt op: den egentlige trænedbrydning i karnapvinduet var en reel skade, mens revner, der alene skyldtes naturlige bevægelser eller slid, ikke var det. Hensynet er, at forsikringen skal dække skjulte skader – ikke sikre køberen et "nyt for gammelt"-resultat, jf. forventningsafstemningen i betænkning nr. 1520/2010, s. 10.

LOV `Bekendtgørelse om dækningsomfanget for ejerskifteforsikringer § 1`

PRAKSIS **Disciplinær- og Klagenævnet for Beskikkede Bygningssagkyndige** · Afvisning af klage over mangler i tilstandsrapport for sommerhus 20.02.2014

Disciplinær- og Klagenævnet for Beskikkede Bygningssagkyndige · Klage over manglende bemærkninger om revnede fliser og råd i karnapvindue i tilstandsrapport 23.02.2005

§ 5 Bagatelgrænse, selvrisiko og erstatningsopgørelse (nyværdi og afskrivning)

Selv når et forhold er dækningsberettiget, begrænses erstatningen af flere lag. Dækningsbekendtgørelsens § 1, nr. 2 fastsætter:

> *Indeholder tilbuddet vilkår om en selvrisiko, må selvrisikoen ikke overstige 5.000 kr. for det enkelte dækningsberettigende forhold jf. bilag 1, nr. 2. Den samlede selvrisiko må ikke overstige 50.000 kr. i forsikringstiden. Forhold under 5.000 kr. indgår ikke i den samlede selvrisiko og kan derfor ikke anmeldes til forsikringsselskabet.*

Der er altså både en **bagatelgrænse** (forhold under beløbsgrænsen kan slet ikke anmeldes, jf. også bilag 1, nr. 6, litra l) og en **selvrisiko** pr. forhold. Beløbene reguleres hvert tredje år efter nettoprisindekset (bekendtgørelsens § 2), første gang pr. 1. januar 2016, så de aktuelle grænser ligger over de nævnte udgangsbeløb. Bagatelgrænsen svarer til den nedre værdigrænse, Ankenævnet for Huseftersyn traditionelt har opereret med, jf. betænkning nr. 1520/2010, s. 162, hvor grænsen bl.a. begrundes i, at omkostningen ved syn og skøn ofte overstiger små krav.

Selvrisikoen får konkret betydning i samspillet med den bygningssagkyndige. I DKBB-sagen 24/00118 var et forhold dækket af ejerskifteforsikringen, og der blev tilbudt kompensation for selvrisikoen på 5.000 kr.; tilsvarende selvrisikobeløb (5.000 kr.) indgik i 3084, mens en ældre police i 3113 havde en selvrisiko på 10.000 kr. I 22/09714 dækkede ejerskifteforsikringen delvist, og erstatningskravet mod den bygningssagkyndige blev opgjort efter fradrag for forsikringsdækning og forlænget levetid, men med tillæg for stillads og selvrisiko.

Selve erstatningen opgøres efter bilag 1, nr. 8, som en **nyværdierstatning** – dvs. hvad det på skadesdagen koster at genoprette det beskadigede som nyt med samme byggemåde på samme sted. For en række centrale bygningsdele (tagdækning, undertag, vinduer og yderdøre, vægkonstruktion, gulvkonstruktion og vandsystem) sker der dog **afskrivning** efter faste tabeller i bekendtgørelsens bilag 2, hvor erstatningsprocenten falder med bygningsdelens alder og materiale. Endelig gælder to lofter: selskabet har kun pligt til at udbetale, hvis forholdet faktisk udbedres (bilag 1, nr. 9), og den samlede erstatning kan efter bilag 1, nr. 7, ikke overstige den kontante købesum med fradrag af den offentligt fastsatte grundværdi. Ud over dette dækkes efter bilag 1, nr. 4, tillige forøgede byggeudgifter (indtil 20 pct. af nyværdien, dog maks. 1,3 mio. kr.), rimelige udgifter til teknisk bistand samt genhusning i op til 12 måneder.

LOV Bekendtgørelse om dækningsomfanget for ejerskifteforsikringer § 1

Bekendtgørelse om dækningsomfanget for ejerskifteforsikringer § 2

PRAKSIS

Disciplinær- og Klagenævnet for Beskikkede Bygningssagkyndige · Klage over tilstandsrapport afvist – bygningssagkyndig ikke erstatningsansvarlig	03.06.2024
Disciplinær- og Klagenævnet for Beskikkede Bygningssagkyndige · Erstatningsansvar for mangelfuld tilstandsrapport vedrørende tagsten og skotrender	19.12.2022
Disciplinær- og Klagenævnet for Beskikkede Bygningssagkyndige · Erstatningsansvar for bygningssagkyndig grundet mangelfuld tilstandsrapport om skævheder i ejendom	11.11.2003
Disciplinær- og Klagenævnet for Beskikkede Bygningssagkyndige · Klage over manglende anmærkninger om døre og vinduers tilstand i tilstandsrapport	11.11.2003

§ 6 Fugt, skimmelsvamp og følgeskader

Fugt og skimmelsvamp er et selvstændigt tvistfelt, fordi dækningen her er snævert afgrænset. Efter forarbejderne til revisionen af huseftersynsordningen omfatter forsikringen som minimum fugt som primærskade i godkendte beboelsesrum og skimmelsvamp som **følgeskade til en dækningsberettigende fugtskade** i godkendte beboelsesrum. Skimmel er altså ikke i sig selv en dækket primærskade; der skal foreligge en underliggende, dækningsberettiget fugtskade.

Det forklarer resultatet i **BS-26369/2019-FRB** (1251), hvor selv meget høje skimmelmålinger i et bindingsværkshus fra 1827 ikke førte til dækning: køberen kunne ikke løfte bevisbyrden for et dækningsberettiget tab, og policen indeholdt et lovligt konstruktionsprincip-forbehold for svamp, råd, fugt og skimmel. Fugt- og skimmelforekomster, der er normale for en ældre bygnings alder og byggeskik, nedsætter ikke bygningens værdi "nævneværdigt".

For følgeskader gælder en særlig begrænsning i bilag 1, nr. 6, litra i: følgeskader er ikke dækket, hvis de er forårsaget af et forhold, som køberen på grundlag af oplysninger i tilstands- eller elinstallationsrapporten burde have udbedret, og følgeskaden i så fald ikke var opstået. Har rapporten derimod ikke afsløret det underliggende forhold, dækkes både skaden og dens følger. Det illustreres af DKBB-sagen 16098, hvor et utæt tag var skjult ved bygningsgennemgangen (understrygningen var udført mellem to besigtigelser), og hvor

ejerskifteforsikringen efterfølgende dækkede – vandindtrængningen havde medført følgeskader på lofter og elinstallationer, og forsikringen afdækkede hele taget med presenninger. Var skaden derimod skjult og uden synlige tegn, kan hverken forsikringsselskabet eller den bygningssagkyndige bebrejdes noget, og forholdet dækkes som en klassisk skjult fejl.

LOV Bekendtgørelse om dækningsomfanget for ejerskifteforsikringer § 1

Forsikringsaftaleloven § 29

PRAKSIS **Byretten** · Sag om ejerskifteforsikring – dækning af fugt- og svampeskader 09.02.2022

Disciplinær- og Klagenævnet for Beskikkede Bygningssagkyndige · Klage over utæt tag ikke medtaget i tilstandsrapport 08.05.2017

§ 7 Uden for dækningen: forhold uden for bygningen, ulovlige indretninger og forsikringsperioden

Ejerskifteforsikringen er knyttet til bygningernes fysiske tilstand. Efter bilag 1, nr. 1, omfatter den alle bygninger på ejendommen, men huseftersynsordningen dækker ikke fysiske forhold uden for bygningerne. Forarbejderne nævner udtrykkeligt nedgravede olietanke og swimmingpools som eksempler på forhold uden for ordningen. Sådanne forhold – og skjult jordforurening – er derfor sælgers, ikke forsikringens, anliggende. I **R4-2147/2011** blev en sælger fundet erstatningsansvarlig for både skjult jordforurening fra en nedgravet olietank og ulovligt opførte udbygninger, fordi sælger groft uagtsomt havde tilsidesat sin loyale oplysningspligt; dette ligger uden for huseftersynsordningens dækning af *bygningers fysiske tilstand*.

Ulovlige bygningsindretninger behandles særligt. Efter LEFE § 2, stk. 5 kan køberen uanset sælgers ansvarsfritagelse påberåbe sig, at et forhold strider mod en servitut eller offentligretlige forskrifter (de såkaldte ulovlige bygningsindretninger) – men *ikke*, hvis der er tale om, at en el-, varme-, ventilations- eller sanitetsinstallation er ulovlig. Netop ulovlige el- og vvs-installationer dækkes nemlig af ejerskifteforsikringen (bilag 1, nr. 2, litra a og b), hvorfor sælger er frigjort for disse. Dækning af ulovlige el-/vvs-forhold forudsætter dog efter bilag 1, nr. 3, at det ulovlige forhold forelå både på udførelsestidspunktet og på anmeldelsestidspunktet. Andre ulovligheder – fx bygninger opført i strid med byggelovgivningen – er derimod undtaget fra forsikringsdækning efter bilag 1, nr. 6, litra b, og henhører under købers krav mod sælger.

Endelig gælder tidsmæssige grænser. Efter bilag 1, nr. 5, dækker forsikringen forhold, der var til stede ved tilstands-/elinstallationsrapportens udarbejdelse eller er opstået efter denne, men inden købers overtagelse, og som konstateres og anmeldes i forsikringstiden. Forsikringen løber mindst 5 år og kan af køberen forlænges til i alt 10 år (bilag 1, nr. 11). Forhold, der først opstår efter overtagelsen, er ikke dækket – og hvis køberen har fravalgt ejerskifteforsikring, kan denne i stedet påberåbe sig forhold opstået efter rapportens udarbejdelse over for sælger, jf. § 2, stk. 5, 2. pkt. For bygningens stikledninger, herunder kloakker, gælder den særlige regel i § 2, stk. 6, hvorefter køberen kan påberåbe sig forholdet over for sælger, medmindre det på tidspunktet for rapportens udarbejdelse havde manifesteret sig i sådanne fejl, at den bygningssagkyndige burde have omtalt det.

LOV Bekendtgørelse om dækningsomfanget for ejerskifteforsikringer § 1

Lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom § 2, stk. 5, 6

PRAKSIS **Landsretten** · Erstatningsansvar for skjult jordforurening og ulovligt byggeri ved salg af fast ejendom 24.01.2012

§ 8 Regres mod den bygningssagkyndige, forældelse og dobbeltforsikring

Når ejerskifteforsikringen afviser dækning – eller kun dækker delvist – flyttes fokus ofte til den bygningssagkyndige. Efter LEFE § 3, stk. 1 kan køberen kræve skadeserstatning af den, der har udarbejdet tilstandsrapporten (eller elinstallatørvirksomheden), for fejl, der *burde have været omtalt* i rapporten. Kravet forældes som udgangspunkt 5 år fra den aftalte overtagelsesdag, dog senest 6 år fra rapportens datering, jf. § 3, stk. 2. Denne adgang er praktisk vigtig, fordi den dækker netop det, forsikringen ikke gør: selvrisikoen og de forhold, der er undtaget, fordi de burde have været nævnt. Det forsikringsselskab, der har udbetalt, kan tilsvarende indtræde i købers krav mod den bygningssagkyndiges ansvarsforsikring.

Samspillet ses i en række afgørelser fra Disciplinær- og klagenævnet for beskikkede bygningssagkyndige, hvor forsikringen havde afvist eller kun delvist dækket:

- I 19/07015 og 20/08621 havde ejerskifteforsikringen afvist dækning af utætte tage, hvorefter den bygningssagkyndige blev fundet erstatningsansvarlig for den manglende/utilstrækkelige beskrivelse (bl.a. manglende K3-markering).
- I 17159 dækkede ejerskifteforsikringen kun en del af udbedringen (pilotering og opretning af gulve i stueplan), og køberen forfulgte de udgifter – opretning af gulve på 1. sal og i kælder samt selvrisiko – som forsikringen ikke dækkede.
- I 24/02580 blev alvorlige, oversete forhold (skruk klinker og manglende branddør mellem garage og bolig) grundlag for erstatningsansvar, hvor forsikringen ikke havde dækket.

De disciplinære og professionsansvarlige aspekter af den bygningssagkyndiges rolle behandles i praksisoversigten tilstandsrapport-mangler; her er pointen alene, at LEFE § 3 udgør den forbrugerbeskyttende "anden vej", når forsikringen ikke rækker.

Forsikringsforholdet er i øvrigt underlagt forsikringsaftaleloven. Krav mod selskabet forældes efter forældelsesloven, jf. FAL § 29, stk. 1. Er skaden anmeldt inden fristens udløb, indtræder forældelse dog tidligst 1 år efter selskabets meddelelse om, at kravet helt eller delvis afvises, jf. § 29, stk. 5. I **BS-26369/2019-FRB** (1251) var kravet vedrørende de først anmeldte skillevægge forældet, fordi køberen først anlagde sag mere end tre år efter selskabets afvisning i 2016, jf. forældelseslovens § 3, stk. 1, sammenholdt med FAL § 29.

Endelig kan der opstå sammenstød mellem ejerskifteforsikringen og sælgers hus-/bygningsforsikring. Reglerne om dobbeltforsikring i FAL § 41 (hvert selskab hæfter, som om det var eneforsikrer) og § 42 (forholdsmæssig fordeling) forudsætter, at *samme interesse* er forsikret hos flere selskaber. I **BS-37312/2022-ROS** (11456) fastslog Retten i Roskilde, at der ikke var tale om dobbeltforsikring, fordi de tidligere ejeres husforsikring og de nye køberes ejerskifteforsikring dækkede forskellige personer og interesser:

> *Da der i denne situation ikke er tale om, at to forsikringer – husforsikringen hos LB og ejerskifteforsikringen hos ETU – dækker de samme personer, finder retten, at der ikke er tale om dobbeltforsikring i forsikringsaftaleloven § 41's forstand.*

Ejerskifteforsikringsselskabet, der havde udbetalt til udbedring af en tidligere, mangelfuldt repareret rørskade, fik derfor fuldt regres mod den tidligere ejers husforsikring – ikke blot en forholdsmæssig andel efter § 42.

Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 5

LOV Forsikringsaftaleloven § 41 · Forsikringsaftaleloven § 42 · Lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom § 3

PRAKSIS

- **Byretten** · Ejerskifteforsikrings regreskrav mod tidligere ejers husforsikring for mangelfuld skadesudbedring — 14.02.2024
- **Byretten** · Sag om ejerskifteforsikring – dækning af fugt- og svampeskader — 09.02.2022
- **Disciplinær- og Klagenævnet for Beskikkede Bygningssagkyndige** · Erstatning for mangler i tilstandsrapport vedrørende badeværelsesgulv og branddør — 14.08.2024
- **Disciplinær- og Klagenævnet for Beskikkede Bygningssagkyndige** · Erstatningsansvar for mangelfuld tilstandsrapport vedrørende utæt tag med for lav hældning — 05.11.2020
- **Disciplinær- og Klagenævnet for Beskikkede Bygningssagkyndige** · Erstatning for mangelfuld tilstandsrapport vedrørende utæt tag — 12.12.2019
- **Disciplinær- og Klagenævnet for Beskikkede Bygningssagkyndige** · Klage over bygningssagkyndigs manglende anmærkning om skæve gulve og vægge i tilstandsrapport — 23.05.2018

REFERENCE Lovgrundlag

6 paragraffer

Bekendtgørelse om dækningsomfanget for ejerskifteforsikringer § 1	Forsikringsaftaleloven § 29
Forsikringsaftaleloven § 41	Lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom § 2 stk. 1
Lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom § 3	Lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom § 5 stk. 1

MATERIALE Citerede afgørelser

17 afgørelser

LANDSRETTEN · ANKEINSTANS 1

24.01.2012	Erstatningsansvar for skjult jordforurening og ulovligt byggeri ved salg af fast ejendom	R4-2147/2011

BYRETTEN · FØRSTE INSTANS 3

14.02.2024	Ejerskifteforsikrings regreskrav mod tidligere ejers husforsikring for mangelfuld skadesudbedring	9800-11456
09.02.2022	Sag om ejerskifteforsikring – dækning af fugt- og svampeskader	1036-1251
12.02.2021	Huskøbere får erstatning for sætningsskader grundet manglende oplysninger fra sælger og fejlagtig tilstandsrapport	1756-2098

DISCIPLINÆR- OG KLAGENÆVNET FOR BESKIKKEDE BYGNINGSSAGKYNDIGE · NÆVN / KLAGEINSTANS 11

14.08.2024	Erstatning for mangler i tilstandsrapport vedrørende badeværelsesgulv og branddør	24/02580
03.06.2024	Klage over tilstandsrapport afvist – bygningssagkyndig ikke erstatningsansvarlig	24/00118
19.12.2022	Erstatningsansvar for mangelfuld tilstandsrapport vedrørende tagsten og skotrender	22/09714
05.11.2020	Erstatningsansvar for mangelfuld tilstandsrapport vedrørende utæt tag med for lav hældning	20/08621

12.12.2019	Erstatning for mangelfuld tilstandsrapport vedrørende utæt tag	19/07015
23.05.2018	Klage over bygningssagkyndigs manglende anmærkning om skæve gulve og vægge i tilstandsrapport	Journalnr.: 17159
08.05.2017	Klage over utæt tag ikke medtaget i tilstandsrapport	Journalnr.: 16098
20.02.2014	Afvisning af klage over mangler i tilstandsrapport for sommerhus	Journalnr.: 13104
23.02.2005	Klage over manglende bemærkninger om revnede fliser og råd i karnapvindue i tilstandsrapport	Journalnr.: 4173
11.11.2003	Erstatningsansvar for bygningssagkyndig grundet mangelfuld tilstandsrapport om skævheder i ejendom	Journalnr.: 3084
11.11.2003	Klage over manglende anmærkninger om døre og vinduers tilstand i tilstandsrapport	Journalnr.: 3113

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS 1

28.05.2025	Ejerskifteforsikring: Tvist om dækning af sætningsskader beskrevet som revner i tilstandsrapport	102683

PARKERINGSKLAGENÆVNET · NÆVN / KLAGEINSTANS 1

07.12.2022	Kontrolafgift for parkering i reserveret bås trods betaling grundet påstået utydelig skiltning	park-1251

FORARBEJDE Betænkninger

2 referencer

Forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom

nr. 1276 · 1994 · Justitsministeriet

Betænkning om huseftersynsordningen

nr. 1520 · 2010 · Justitsministeriet

09 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over erhvervsansvarsforsikring

Produktansvar, professionsansvar og dækningsundtagelser

Version 2 Opdateret 26. jun. 2026 11 afgørelser · 2019–2025 Læs online

INTRODUKTION

Erhvervsansvarsforsikring dækker den skade, en virksomhed påfører tredjemands person eller ting under udøvelse af erhvervsvirksomhed. Forsikringsformen reguleres af forsikringsaftaleloven, mens det materielle erstatningsgrundlag følger af dansk rets almindelige culparegel og produktansvarsloven. Praksis fra Højesteret, landsretterne og Ankenævnet for Forsikring belyser navnlig tre centrale spændingsfelter: (1) grænsen mellem dækning under erhvervsansvarsforsikring og andre forsikringstyper (motorkøretøj, entreprise), (2) sondringen mellem produktansvarsskade og køberetlig mangel, og (3) dækningsundtagelser for kontraktansvar, forsætlige handlinger og grov uagtsomhed.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 En erhvervsansvarsforsikring dækker erstatningsansvar for person- og tingsskade påført tredjemand som følge af skadevoldende begivenhed under erhvervsvirksomhedens drift, jf. forsikringsaftaleloven § 91.

02 Ved ansvarsforsikring hæfter selskabet fuldt ud, selv om den sikrede har fremkaldt forsikringsbegivenheden ved grov uagtsomhed – en særregel i forsikringsaftaleloven § 18, stk. 2, der ikke gælder for andre skadesforsikringer.

03 Forsætlig fremkaldelse af forsikringsbegivenheden medfører altid bortfald af dækning, også under ansvarsforsikring, jf. forsikringsaftaleloven § 18, stk. 1.

04 Skadelidte har et direkte krav mod forsikringsselskabet, når den sikredes erstatningsansvar er fastslået, jf. forsikringsaftaleloven § 95 – dette beskytter navnlig skadelidte ved sikredes insolvens.

05 Produkttilbagekaldelsesudgifter under udvidet erhvervs- og produktansvarsforsikring dækker kun den logistiske del af en faktisk tilbagekaldelse fra markedet – inspektions- og reparationsudgifter efter at faren er afværget, betragtes som køberetlig mangelsafhjælpning og falder uden for dækningen.

06 En erhvervsansvarsforsikring undtager typisk skade forvoldt ved benyttelse af motorkøretøj, men undtagelsen gælder ikke, når køretøjet er i brug som arbejdsredskab og ansvaret ikke er dækket af motorkøretøjsforsikring.

07 Ved tvist om afgrænsningen mellem motorkøretøjsforsikring og erhvervsansvarsforsikring lægger Højesteret vægt på, om køretøjet benyttes som trafikmiddel (bakkemanøvre) eller udelukkende som stationært arbejdsredskab.

08 Tingsskadebegrebet i ansvarsforsikringen kræver en realskade – en konstaterbar negativ forandring af selve tingen. En midlertidig funktionel forstyrrelse uden fysisk beskadigelse (fx lukning af ventiler) udgør ikke en dækningsberettiget tingsskade.

09 Professionelt rådgiveransvar over for tredjemand kan udløses, når rådgiveren på uforsvarlig måde har tilsidesat tredjemands interesser – ansvarsbedømmelsen beror på en samlet vurdering af omstændighederne på rådgivningstidspunktet.

10 Forældelsesfristen for forsikringskrav udskydes, når forsikringsselskabet har udvist en grad af forhandlingsvilje og imødekommenhed, der giver fordringshaveren rimelig udsigt til en forligsmæssig løsning.

§ 1 Retsgrundlaget for erhvervsansvarsforsikring

Erhvervsansvarsforsikring er den forsikringstype, der dækker det erstatningsansvar, en virksomhed pådrager sig over for tredjemand som følge af skadevoldende begivenheder under udøvelsen af erhvervsvirksomhed. Retsgrundlaget hviler på flere søjler.

Forsikringsaftaleloven § 91 definerer ansvarsforsikringen:

> *Er der tegnet forsikring mod erstatningsansvar, nogen pådrager sig overfor trediemand som følge af en skadevoldende begivenhed, er selskabet forpligtet til at betale erstatning, hvis en begivenhed, som omfattes af aftalen, finder sted i løbet af forsikringstiden, selv om de skadelige følger først indtræder senere.*

Bestemmelsen fastslår "claims-occurrence"-princippet: det afgørende er, at den skadevoldende *begivenhed* indtræffer i forsikringstiden – ikke hvornår kravet fremsættes.

Højesteret har i BS-1915/2022-HJR defineret ansvarsforsikringsbegrebet således:

> *Ved en ansvarsforsikring forstås sædvanligvis en forsikring mod det tab, en person eller andet retssubjekt lider ved at blive erstatningspligtig over for tredjemand som følge af en skadevoldende begivenhed eller undladelse.*

Det materielle erstatningsansvar, som forsikringen dækker, følger af dansk rets almindelige culparegel og – for produktskader – af produktansvarsloven. Produktansvarsloven § 6, stk. 1 pålægger producenten et objektivt ansvar for skade forårsaget af en defekt ved produktet. § 10 pålægger mellemhandlere et culpaansvar.

I bygge- og anlægssektoren stiller ABR 18 § 8 krav om, at rådgivere skal have "sædvanlig professionel ansvarsforsikring og erhvervsansvarsforsikring". Tilsvarende begrænser AB Forenklet § 44 entreprenørens produktansvar til dækningen ifølge den tegnede produktansvarsforsikring.

LOV `Forsikringsaftaleloven § 91` `Produktansvarsloven § 6, stk. 1` `Produktansvarsloven § 10`

PRAKSIS **Højesteret** · Norske yrkesskadeforsikringer og den danske garantifonds dækningspligt ved konkurs 05.01.2023

§ 2 Forsætlig fremkaldelse og grov uagtsomhed – ansvarsforsikringens særregel

Forsikringsaftaleloven § 18 indeholder de centrale regler om forsikringstagerens medvirken til forsikringsbegivenheden:

- **Forsæt** (stk. 1): Fremkalder den sikrede forsætligt forsikringsbegivenheden, har vedkommende *intet krav* mod selskabet. Denne regel gælder absolut, også for ansvarsforsikring.
- **Grov uagtsomhed** (stk. 2): Har den sikrede fremkaldt begivenheden ved grov uagtsomhed, skal det afgøres under hensyn til skyldgraden, om erstatning skal ydes. Men for ansvarsforsikring gælder en afgørende *særregel*:

> *Ved livsforsikring og ansvarsforsikring hæfter selskabet dog fuldt ud.*

Betydningen er, at et forsikringsselskab ikke kan nægte dækning under en erhvervsansvarsforsikring med henvisning til, at den sikrede virksomhed eller dens ansatte har handlet groft uagtsomt. Denne regel beskytter navnlig skadelidte tredjemand, som ellers ville risikere at stå uden dækning.

Forsikringsaftaleloven § 20 supplerer med et forbud mod aftalevilkår, der fritager selskabet ved simpel uagtsomhed. Dog tillades det, at selskabet kan afkorte op til 5 pct. i erstatningen ved simpel uagtsomhed – men denne mulighed er af begrænset praktisk betydning for erhvervsansvarsforsikringer.

I praksis fra Ankenævnet for Forsikring ses grov uagtsomhed-vurderingen hyppigt i ulykkesforsikringssager. I sag BS-61808/2023-OLR stadfæstede landsretten, at en landmands skade ved at stikke hånden ned i en kornsnegl – trods 10 års erfaring med maskinen – var udtryk for grov uagtsomhed, der udelukkede dækning under *ulykkesforsikringen*. Denne type udelukkelse gælder imidlertid ikke for ansvarsforsikringsdelen, jf. § 18, stk. 2.

LOV `Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 1, 2` `Forsikringsaftaleloven § 20`

PRAKSIS **Landsretten** · Landmand fik afslag på erstatning fra ulykkesforsikring efter håndskade på grund af grov uagtsomhed 16.04.2025

§ 3 Skadelidtes direkte krav mod forsikringsselskabet

En central beskyttelse for skadelidte følger af forsikringsaftaleloven § 95, stk. 1:

> *Når den sikredes erstatningspligt over for den skadelidte er fastslået og erstatningens størrelse bestemt, indtræder den skadelidte i den sikredes ret imod selskabet, for så vidt han ikke er fyldestgjort.*

Det direkte krav forudsætter altså (1) at erstatningspligten er fastslået, og (2) at kravet ikke allerede er opfyldt af den sikrede. Skadelidte har også et direkte krav ved sikredes konkurs, tvangsakkord eller gældssanering (stk. 2).

Forsikringsaftaleloven § 96 beskytter yderligere skadelidte: selskabet kan ikke gennem forhandlinger med den sikrede bevirke, at den skadelidtes ret indskrænkes eller forspildes.

Konsekvensen er, at en virksomhed, der har tegnet erhvervsansvarsforsikring, reelt giver de skadelidte en supplerende sikkerhed – også i tilfælde, hvor virksomheden selv er insolvent. Denne mekanisme har særlig betydning i entreprisesager og for forbrugere, der lider skade fra defekte produkter.

LOV Forsikringsaftaleloven § 95, stk. 1, 2 Forsikringsaftaleloven § 96

§ 4 Produktansvar og tilbagekaldelsesudgifter – Vestfrost-dommen

Højesterets dom i BS-36013/2021-HJR er den ledende afgørelse om grænsen mellem produktansvarsdækning og køberetlig mangelsafhjælpning under en erhvervs- og produktansvarsforsikring.

A/S Vestfrost havde solgt ca. 4.500 køleskabe til Coca-Cola i Tyskland. I 2017 blev der konstateret to defekter, der medførte risiko for elektrisk stød og brand. Coca-Cola instruerede straks butikkerne om at afbryde strømmen. Herefter foretog teknikere inspektion og reparation af køleskabene.

Vestfrost krævede 742.182 euro i inspektionsudgifter dækket under den udvidede erhvervs- og produktansvarsforsikring hos Zurich Danmark. Forsikringsvilkårene dækkede "tilbagekaldelse af et produkt … når sådanne omkostninger afholdes som følge af, at der over for sikrede rejses krav vedrørende det pågældende produkt, og det er af betydning for afværgelse af skade." Højesteret udtalte:

> *Højesteret finder under disse omstændigheder, at udgifterne til inspektion af køleskabene ikke er omfattet af dækningen under den udvidede erhvervs- og produktansvarsforsikring. Det bemærkes i den forbindelse, at forsikringen ikke dækker udgifter til undersøgelser foretaget med det formål at afhjælpe eventuelle køberetlige mangler.*

Dommen fastslog to principper:

- Den **udvidede dækning** for produkttilbagekaldelse sigter mod den logistiske del af en *faktisk tilbagekaldelse* fra markedet – dvs. hjemtagelse af produkter.
- Når faren *allerede er afværget* (her ved strømafbrydelse), har efterfølgende inspektioner og reparationer karakter af **køberetlig mangelsafhjælpning**, som falder uden for forsikringsdækningen.

Landsretten havde fundet, at udgifterne på 25.818 euro til selve instruktionen af butikkerne *var* dækket under den almindelige erhvervs- og produktansvarsforsikring – denne del blev ikke anfægtet for Højesteret.

LOV Produktansvarsloven § 1 Produktansvarsloven § 6, stk. 1

PRAKSIS **Højesteret** · Forsikringsdækning ved produkttilbagekaldelse: Inspektion af defekte køleskabe efter afværget fare 18.05.2022

§ 5 Afgrænsningen mod motorkøretøjsforsikring – brandbilsdommen

Erhvervsansvarsforsikringer undtager typisk skade forvoldt ved benyttelse af motorkøretøj, idet denne risiko forudsættes dækket af den lovpligtige motorkøretøjsforsikring. Højesterets dom i BS-27456/2021-HJR illustrerer grænsen.

En brandmand blev påkørt og dræbt under en bakkemanøvre med en tankvogn under brandslukning på en mark *uden for* færdselslovens område. Brandvæsenet havde tegnet motorkøretøjsforsikring hos Topdanmark og erhvervsansvarsforsikring hos Gjensidige. Gjensidiges erhvervsansvarsforsikring indeholdt i betingelsernes punkt 19 en undtagelse for skader forvoldt ved benyttelse af motorkøretøj – men undtagelsen gjaldt *ikke*, når køretøjet var i brug som arbejdsredskab og ansvaret derfor ikke var dækket af motorkøretøjsforsikringen.

Højesteret afgjorde tre spørgsmål:

- **Geografisk dækning**: Motorkøretøjsforsikringens ordlyd begrænsede ikke dækningen til offentlig vej. Højesteret fandt, at dækningen gjaldt for skader i hele Danmark.
- **Køretøj vs. arbejdsredskab**: Selvom vandkanonen var i drift, skete skaden under en aktiv bakkemanøvre. Samtidig brug af specialudstyr ændrer ikke, at køretøjet benyttes som trafikmiddel.
- **Culpa**: Da ulykken skete uden for færdselslovens område, vurderede retten ansvaret efter almindelige erstatningsregler og fandt uagtsomhed.

> *Brandbilens fører var bekendt med, at der befandt sig personer til fods på marken i nærheden af brandbilen. Han foretog bakkemanøvren uden at sikre sig, at den kunne foregå uden fare for disse personer.*

Dommen fastslog, at motorkøretøjsforsikringen dækkede – med den konsekvens, at erhvervsansvarsforsikringens motorkøretøjsundtagelse slog igennem. Gjensidige (erhvervsansvarsselskabet) fik medhold i sit regreskrav mod Topdanmark (motorkøretøjsselskabet).

LOV Erstatningsansvarsloven § 21 · Færdselsloven § 1, stk. 1

PRAKSIS **Højesteret** · Højesterets dom om motorkøretøjsforsikringens dækning uden for færdselslovens område ved dødsulykke under brandslukning 08.06.2023

§ 6 Tingsskadebegrebet – realskade vs. funktionel forstyrrelse

Erhvervsansvarsforsikringer dækker typisk erstatningsansvar for "skader på personer, ting og dyr". Et tilbagevendende stridspunkt er, hvad der kvalificerer som en "tingsskade" i forsikringsretlig forstand.

Ankenævnet for Forsikring tog i sag 103498 stilling til, om lukning af kuglehaner for varmevand – der fratog naboer varme i 12-13 dage – udgjorde en tingsskade. Varmeforsyningen kunne genopprettes øjeblikkeligt ved at dreje ventilerne uden behov for fysiske indgreb.

Nævnet fastslog:

> *Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at de berørte beboeres manglende adgang til varme som følge af klagerens handling, ikke kan betragtes som en tingsskade. Eftersom ansvarsforsikringens dækning er begrænset til at dække erstatningsansvar for skader på personer, ting og dyr, kan nævnet ikke kritisere selskabets afgørelse.*

Afgørelsen trækker en linje ved **realskadekravet**: en tingsskade forudsætter en konstaterbar negativ *fysisk* forandring af selve tingen. En midlertidig funktionel forstyrrelse – hvor tingen kan bringes til at virke igen uden reparation eller udskiftning – opfylder ikke kravet. Nævnet fremhævede forskellen til Højesterets dom i U.2021.1811H (Partliner-sagen), hvor en maskine fysisk blokerede et rør og krævede udskiftning.

For erhvervsansvarsforsikringer har sondringen stor praktisk betydning: en håndværker, der ved en fejl afbryder en funktion uden at beskadige den fysiske genstand, risikerer, at det økonomiske tab (fx udgifter til fejlsøgning) ikke er dækket af ansvarsforsikringen.

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Erstatningsansvar for manglende varmeforsyning efter lukning af ventiler var ikke en dækningsberettiget tingsskade 10.09.2025

§ 7 Professionelt rådgiveransvar og erhvervsansvarsforsikring

Professionelle rådgivere – advokater, revisorer, ingeniører – tegner typisk en professionel ansvarsforsikring ("E&O") ud over den generelle erhvervsansvarsforsikring. Højesterets dom i Bech-Bruun-sagen BS-20331/2022-HJR fastslog principper for rådgiveransvaret over for tredjemand – et ansvar, som en professionel ansvarsforsikring skal afdække.

Bech-Bruun blev fundet erstatningsansvarligt over for Skatteforvaltningen for en legal opinion, der faciliterede cum/ex-svindel. Højesteret formulerede den generelle norm for tredjemandansvar:

> *Ved vurderingen af, om en advokat ved sin rådgivning af en klient har handlet ansvarspådragende over for skattemyndighederne, er det afgørende, om advokaten på uforsvarlig måde har tilsidesat skattemyndighedernes interesser.*

Retten lagde vægt på:

- Klare advarselslamper (direkte advarsler om skattesvig)
- Transaktioners manglende forretningsmæssige begrundelse
- Advokatens undladelse af at undersøge den faktiske transaktionsstruktur

Erstatningen blev dog *begrænset* til 400 mio. kr. (af et samlet krav på over 700 mio. kr.) ud fra adækvansbetragtninger, idet de rent fiktive transaktioner lå uden for rådgivningens direkte beskrivelse.

Dommen illustrerer, at professionel ansvarsforsikring er afgørende for rådgivervirksomheder – de potentielle erstatningskrav kan langt overstige virksomhedens aktiver. Den understreger også, at forbehold og "should-opinions" ikke automatisk fritager for ansvar, når rådgiveren har haft konkret anledning til opmærksomhed.

PRAKSIS **Højesteret** · Bech-Bruun I/S erstatningsansvarlig for rådgivning i forbindelse med svindel med udbytteskat (cum/ex) 20.11.2023

§ 8 Forældelse af krav under erhvervsansvarsforsikring

Forsikringskrav forældes som udgangspunkt efter forsikringsaftaleloven § 29, stk. 1, der henviser til forældelseslovens almindelige regler. Den ordinære forældelsesfrist er 3 år.

Højesterets dom i BS-4222/2019-HJR fastslog en vigtig regel om fristens udskydelse ved forhandlinger:

> *Højesteret finder, at der ved vurderingen heraf navnlig kan lægges vægt på, om skyldneren har tilkendegivet en sådan grad af imødekommenhed over for det fremsatte krav, at der for fordringshaveren var rimelig udsigt til, at parterne ville kunne nå en forligsmæssig løsning.*

I den konkrete sag havde forsikringsselskabet Alka (nu Tryg) afvist dækning for en vandskade, men efterfølgende fremsat et kulancetilbud og opfordret til yderligere dokumentation. Denne korrespondance udgjorde forhandlinger, der udskød fristen efter forældelsesloven § 21, stk. 5. Højesteret afviste, at forbeholdsord som "uden præjudice" kunne fjerne forhandlingernes karakter.

I entrepriseforsikringssagen 99703 fastslog Ankenævnet, at forsikringsbetingelsernes anmeldelsesfrist på 1 måned var ugyldig som forbrugerforsikring, da forsikringsaftaleloven § 29, stk. 6 kræver mindst 6 måneder for forbrugerforsikringer.

Virksomheder bør derfor sikre rettidig anmeldelse af potentielle ansvarsskader til deres erhvervsansvarsforsikring – men kan i tilfælde af løbende dialog med selskabet nyde godt af suspensionsreglen.

LOV `Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 1` `Forældelsesloven § 21, stk. 5`

PRAKSIS **Højesteret** · Principiel afgørelse om forhandlingers betydning for forældelse af forsikringskrav 07.11.2019

Ankenævnet for Forsikring · Sag om afvisning af dækning for sætningsskader under entrepriseforsikring 07.02.2024

§ 9 Dobbeltforsikring og subsidiær dækning

Når en virksomhed har tegnet flere forsikringer, der dækker den samme risiko – fx både en erhvervsansvarsforsikring og en bygningsforsikring – reguleres forholdet af forsikringsaftaleloven §§ 41-44.

Østre Landsret fastslog i sag 3474 det principielle, at dobbeltforsikringsreglerne gælder for alle skadesforsikringer – herunder ejerskifteforsikringer. Landsretten udtalte:

> *Da der er tale om en skadesforsikring, er en ejerskifteforsikring derfor omfattet af forsikringsaftalelovens afsnit II om skadesforsikringer, herunder reglerne i §§ 41-44 om dobbeltforsikring.*

Når begge policer indeholder forbehold om dobbeltforsikring, hæfter selskaberne forholdsmæssigt efter § 43. Denne regel har direkte betydning for erhvervsansvarsforsikringer, der ofte indeholder undtagelser for skader dækket af andre forsikringstyper (fx motorkøretøj- eller entrepriseforsikring). Undtagelserne skal fortolkes i overensstemmelse med dobbeltforsikringsreglerne – den sikrede skal altid have dækning et sted.

LOV `Forsikringsaftaleloven § 41` `Forsikringsaftaleloven § 43`

PRAKSIS **Landsretten** · Dobbeltforsikring: Husforsikring vs. Ejerskifteforsikring ved rådskade 17.03.2023

§ 10 Dækningsundtagelser ved byggearbejde og bearbejdning

Erhvervsansvarsforsikringer og bygningsforsikringer indeholder ofte begrænsninger ved igangværende bygge- eller renoveringsarbejder. Disse dækningsundtagelser har givet anledning til betydelig praksis fra Ankenævnet for Forsikring.

I sag 99894 opstod en vandskade, da et vandrør sprang under gulvslibning i en ejerforening. Forsikringsselskabet afviste dækning under bygningsforsikringen med henvisning til, at skaden var en del af en "ombygning". Ankenævnet gav klageren medhold og lagde vægt på vilkårenes ordlyd:

> *Nævnet bemærker, at det fremgår af forsikringsbetingelsernes pkt. 6.7.2. at dækningsindskrænkningen i dækningen, alene gælder indtil en bygning er færdig til at blive taget i brug.*

Da lejligheden fortsat var i brug under gulvslibningen, kunne undtagelsen for ombygninger ikke påberåbes.

I sag 102772 afviste Topdanmark ansvarsdækning for en påsejling under kapsejlads med den begrundelse, at barnet ikke havde pådraget sig et erstatningsansvar, fordi deltagerne i kapsejladsen accepterer en vis risiko ("accept af risiko"-doktrinen). Nævnet fandt ikke grundlag for at tilsidesætte selskabets vurdering. Sagen illustrerer, at erhvervsansvarsforsikringens dækning forudsætter, at et erstatningskrav faktisk kan gennemføres.

For håndværkere og entreprenører er den typiske undtagelse for "bearbejdning/behandling" central: skade på den genstand, som den sikrede aktuelt arbejder med (fx skade forvoldt på det køkken, man installerer), er ikke dækket. Dækningen gælder kun skade på *tredjemands* ting – typisk kundens øvrige ejendom.

PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Ansvarsdækning for Skade under Kapsejlads og Opsigelse af Dækningsudvidelse	09.04.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Vandskade under gulvslibning og køkkenudskiftning: Erstatningspligt trods undtagelse for ombygningsarbejde	30.08.2023

§ 11 Sammenfatning og centrale praksisspointer

Praksis om erhvervsansvarsforsikring er præget af sondringer, der er afgørende for dækningen:

- **Produktansvar vs. køberetlig mangel**: Forsikringen dækker skade forårsaget af defekte produkter, men *ikke* udgifter til at udbedre selve defekten (mangelafhjælpning). Vestfrost-dommen markerer en klar grænse: når faren er afværget, er efterfølgende inspektion og reparation køberetlig – ikke forsikringsdækket.
- **Erhvervsansvar vs. motoransvar**: Undtagelsen for motorkøretøjsskade er betinget af, at køretøjet rent faktisk er i brug som trafikmiddel. Samtidig brug af specialudstyr ændrer ikke denne kvalifikation.
- **Realskade vs. funktionel forstyrrelse**: En ren funktionsafbrydelse uden fysisk beskadigelse er ikke en tingsskade i forsikringsretlig forstand.
- **Grov uagtsomhed**: Erhvervsansvarsforsikringen dækker fuldt ud trods grov uagtsomhed – men *aldrig* ved forsæt.
- **Professionelt ansvar**: Rådgivere kan ifalde ansvar over for tredjemand trods forbehold i deres opinioner, hvis de har haft konkret anledning til at indse risikoen.
- **Forældelse**: Forhandlinger med forsikringsselskabet kan udskyde forældelsesfristen, men forsikringstageren bør ikke forlade sig herpå og bør anmelde rettidigt.

For virksomheder er budskabet klart: erhvervsansvarsforsikringen er ikke en "catch-all" – den dækker erstatningsansvar for skade på tredjemands person og ting, men undtager kontraktuelle mangler, skade på eget arbejde og forsætlige handlinger. En klar forståelse af forsikringsbetingelsernes undtagelsesbestemmelser er afgørende for at undgå dækningsgab.

LOV Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 1, 2 | Forsikringsaftaleloven § 91

PRAKSIS

Højesteret · Bech-Bruun I/S erstatningsansvarlig for rådgivning i forbindelse med svindel med udbytteskat (cum/ex) 20.11.2023

Højesteret · Højesterets dom om motorkøretøjsforsikringens dækning uden for færdselslovens område ved dødsulykke under brandslukning 08.06.2023

Højesteret · Forsikringsdækning ved produkttilbagekaldelse: Inspektion af defekte køleskabe efter afværget fare 18.05.2022

Ankenævnet for Forsikring · Erstatningsansvar for manglende varmeforsyning efter lukning af ventiler var ikke en dækningsberettiget tingsskade 10.09.2025

REFERENCE Lovgrundlag

6 paragraffer

Forsikringsaftaleloven § 18	stk. 1, 2	Forsikringsaftaleloven § 91	
Forsikringsaftaleloven § 95	stk. 1	Produktansvarsloven § 1	
Produktansvarsloven § 6	stk. 1	Produktansvarsloven § 10	

MATERIALE Citerede afgørelser

11 afgørelser

HØJESTERET · ØVERSTE INSTANS 5

20.11.2023	Bech-Bruun I/S erstatningsansvarlig for rådgivning i forbindelse med svindel med udbytteskat (cum/ex)	bs-20331-2022-hjr
08.06.2023	Højesterets dom om motorkøretøjsforsikringens dækning uden for færdselslovens område ved dødsulykke under brandslukning	bs-27456-2021-hjr
05.01.2023	Norske yrkesskadeforsikringer og den danske garantifonds dækningspligt ved konkurs	bs-1915-2022-hjr
18.05.2022	Forsikringsdækning ved produkttilbagekaldelse: Inspektion af defekte køleskabe efter afværget fare	bs-36013-2021-hjr
07.11.2019	Principiel afgørelse om forhandlingers betydning for forældelse af forsikringskrav	bs-4222-2019-hjr

LANDSRETTEN · ANKEINSTANS 2

16.04.2025	Landmand fik afslag på erstatning fra ulykkesforsikring efter håndskade på grund af grov uagtsomhed	9938-11629
17.03.2023	Dobbeltforsikring: Husforsikring vs. Ejerskifteforsikring ved rådskade	2931-3474

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS 4

10.09.2025	Erstatningsansvar for manglende varmeforsyning efter lukning af ventiler var ikke en dækningsberettiget tingsskade	103498
09.04.2025	Ansvarsdækning for Skade under Kapsejlads og Opsigelse af Dækningsudvidelse	102772
07.02.2024	Sag om afvisning af dækning for sætningsskader under entrepriseforsikring	99703

30.08.2023	Vandskade under gulvslibning og køkkenudskiftning: Erstatningspligt trods undtagelse for ombygningsarbejde	99894

10 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over erhvervsudygtighedsforsikring (FAL §§ 18-22, §§ 120-130)

Praksis om erhvervsevnetabsforsikring under forsikringsaftaleloven

Version 2 Opdateret 24. jun. 2026 6 afgørelser · 2023-2025 Læs online

INTRODUKTION

Erhvervsudygtighedsforsikring (tab af erhvervsevne, TdE) er en personforsikring – typisk tegnet via en arbejdsmarkedspensionsordning hos PFA, Velliv, Danica, Nordea Pension, AP Pension eller Industriens Pension – der udbetaler en løbende ydelse, så længe forsikringstagerens erhvervsevne er nedsat under en aftalt tærskel (oftest 50 % eller 2/3). Retsgrundlaget er forsikringsaftaleloven (FAL) §§ 120-124 om ulykkes- og sygeforsikring samt de generelle regler i §§ 18-22, herunder § 120 a om forudbestående sygdomme og § 21 om anmeldelsespligt. Praksis fra Ankenævnet for Forsikring udgør den langt overvejende retskilde, idet de fleste tvister om erhvervsevnetab aldrig når domstolene. De hyppigste tvistemner er: erhvervsevnebegrebets afgrænsning (fagspecifik vs. generel vurdering), dokumentationskrav for den 50 %-tærskel, forholdet mellem offentlige ydelser (fleksjob, førtidspension) og forsikringsdækning, samt oplysningspligt ved tegning.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Tilkendelse af fleksjob eller førtidspension udløser ikke automatisk dækning for tab af erhvervsevne – forsikringsselskabets vurdering sker efter egne vilkår og kriterier, der er snævrere end de offentlige.

02 Forsikringsselskabets overgang fra fagspecifik til generel erhvervsevnevurdering efter 2-5 års udbetaling er vilkårsmæssigt hjemlet og medfører ofte ophør af dækning, selv om forsikringstageren er tilkendt fleksjob.

03 Det påhviler forsikringstageren at bevise, at erhvervsevnen er varigt nedsat med mindst den aftalte tærskel (typisk 50 % eller 2/3) af rent helbredsmæssige årsager – sociale forhold (skilsmisse, boligproblemer) indgår ikke.

04 Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings (AES) vurdering af erhvervsevnetab er ikke bindende for det private forsikringsselskab, der foretager en selvstændig vurdering efter forsikringsvilkårene.

05 Erstatning for tabt arbejdsfortjeneste fra en ansvarsforsikring kan ikke modregnes i erhvervsevnetabsydelsen, medmindre forsikringsbetingelserne specifikt nævner det – uklare vilkår fortolkes mod selskabet (aftalelovens § 38 b).

06 Forsikringsselskabet bærer risikoen for fejlagtige eller ufuldstændige lægeerklæringer indhentet ved tegning, jf. FAL § 120 a, når forsikringstageren var i god tro om sygdommen.

07 Forsikringsselskabet må kun benytte personovervågning, når der foreligger en velbegrundet og dokumenteret mistanke om urigtige oplysninger, jf. bekendtgørelse om undersøgelser foretaget af forsikringsselskaber § 8.

08 Lidelser diagnosticeret efter forsikringsdækningens ophør (fx ved overgang til fripolice) kan ikke begrunde et dækningsberettiget tab i den relevante forsikringsperiode.

09 Selskabet har ret til at indhente lægeerklæringer, funktionsbeskrivelser og arbejdsprøvningsresultater som dokumentation for erhvervsevnenedsættelsen, jf. FAL § 22.

10 Ved ophør af forsikringsdækningen ved policealder eller jobskifte stilles forsikringstageren efter de vilkår, der gælder på ophørstidspunktet – manglende videreførelse af dækningen er forsikringstagerens risiko.

§ 1 Lovgrundlaget for erhvervsudygtighedsforsikring

Erhvervsudygtighedsforsikring (tab af erhvervsevne, TdE) er en personforsikring reguleret af forsikringsaftaleloven (FAL), navnlig lovens afsnit IV om ulykkes- og sygeforsikring. De centrale bestemmelser er:

- FAL § 120: Selskabets hæftelse for sygdom eller ulykke, der indtræder i forsikringstiden, herunder følger der viser sig senere.
- FAL § 120 a: Selskabets hæftelse for sygdomme indtrådt *inden* forsikringstidens begyndelse, når en lægeerklæring er indhentet ved tegning. Bestemmelsen blev indsat ved lov af 31. maj 2000 og udvider dækningen til at omfatte forudbestående sygdomme, der diagnosticeres eller viser følger i forsikringstiden, forudsat en sagkyndig helbredsoplysning er afgivet ved tegning.
- FAL § 121: Fareforøgelse – selskabets fritagelse, hvor forholdene bestemt og tydeligt er angivet i policen.
- FAL § 124: Forsikringstagerens pligt til at forebygge eller begrænse skadens omfang, dog med respekt for selvbestemmelsesretten.
- FAL § 21: Anmeldelsespligten – den sikrede skal uden ophold give selskabet meddelelse om forsikringsbegivenheden.
- FAL § 22: Oplysningspligten under skadesbehandlingen – den sikrede skal give selskabet alle tilgængelige oplysninger af betydning for bedømmelsen.

Forarbejderne til FAL § 120 a fremhæver, at selskabet bærer risikoen for fejlagtige eller ufuldstændige lægeerklæringer indhentet ved tegning:

> *Var forsikringstageren ved aftalens indgåelse i god tro om den pågældende sygdom, vil selskabet efter den foreslåede bestemmelse bære hele risikoen for fejlagtige eller ufuldstændige lægeerklæringer m.v., som er indhentet i forbindelse med forsikringstegningen.*

Dækningen tegnes typisk som en del af en arbejdsmarkedspensionsordning, hvor forsikringsvilkårene fastlægger erhvervsevnebegrebets afgrænsning, dækningstærsklen (oftest 50 % eller 2/3) og overgangsreglerne fra fagspecifik til generel erhvervsevnevurdering. Forsikringsselskabets undersøgelsesbeføjelser er reguleret i bekendtgørelse om undersøgelser foretaget af forsikringsselskaber, der bl.a. fastsætter, at personovervågning kun må benyttes ved velbegrundet og dokumenteret mistanke om urigtige oplysninger.

LOV Forsikringsaftaleloven § 21 · Forsikringsaftaleloven § 22 · Forsikringsaftaleloven § 120 · Forsikringsaftaleloven § 120a · Forsikringsaftaleloven § 121 · Forsikringsaftaleloven § 124

§ 2 Erhvervsevnebegrebets afgrænsning: fagspecifik vs. generel vurdering

Det hyppigste tvistspørgsmål i praksis er, om erhvervsevnen vurderes fagspecifikt – dvs. i forhold til forsikringstagerens eget fag eller speciale – eller generelt i forhold til hele arbejdsmarkedet. De fleste pensionsordninger opererer med en todelt model:

1. **Fagspecifik vurdering** i de første 2-5 år: Selskabet vurderer, om forsikringstageren kan varetage sit hidtidige erhverv.
2. **Generel vurdering** herefter: Selskabet vurderer, om forsikringstageren kan varetage *ethvert rimeligt erhverv* på arbejdsmarkedet.

Overgangen fra fagspecifik til generel vurdering fører ofte til ophør af dækning, selv om forsikringstageren ikke kan vende tilbage til sit hidtidige fag. Ankenævnet for Forsikring har i en række sager godkendt denne overgang.

I 101762 (Danica Pension, 2025) havde en højtuddannet kvinde med diskusprolaps og postcommotionelt syndrom modtaget midlertidig dækning for erhvervsevnetab. Kommunen tilkendte hende fleksjob med en vurderet arbejdsevne på 8 timer ugentligt. Danica Pension skiftede efter den vilkårsmæssigt fastsatte periode fra fagspecifik til generel vurdering og fandt, at klageren – trods begrænsninger – kunne varetage et ikke-fysisk krævende erhverv i et omfang, der oversteg 50 %-tærsklen. Nævnet gav selskabet medhold.

Tilsvarende i 100058 (Nordea Pension, 2023), hvor en kvinde efter en rideulykke fik tilkendt fleksjob med en ugentlig arbejdstid på 12,5 timer og ca. 70 % effektivitet. Selskabet afslog fortsat dækning, da forsikringsbetingelserne krævede mindst 2/3 tab af *den generelle* erhvervsevne. Nævnet stadfæstede, at den kommunale fleksjobvurdering ikke var bindende for forsikringsselskabet.

Praksis viser, at nævnet konsekvent respekterer selskabets vilkårsmæssige ret til at overgå fra fagspecifik til generel vurdering, og at den generelle vurdering typisk er den strengeste.

LOV Forsikringsaftaleloven § 120

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Afslag på dækning for erhvervsevnetab efter overgang til generel vurdering trods tilkendelse af fleksjob 08.01.2025

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning for tab af erhvervsevne efter rideulykke trods tilkendelse af fleksjob 13.12.2023

§ 3 Bevisbyrden for helbredsmæssigt erhvervsevnetab

Det er forsikringstageren, der bærer bevisbyrden for, at erhvervsevnen er varigt nedsat med mindst den aftalte tærskel (typisk 50 % eller 2/3) som følge af helbredsmæssige årsager. Nævnet afviser konsekvent, at sociale faktorer – som skilsmisse, ustabil bolig eller økonomiske problemer – kan indgå i vurderingen.

I 102207 (Nordea Pension, 2025) havde en mand efter en alvorlig trafikulykke i 1996 gennemført en mellemlang videregående uddannelse og arbejdet som lærer i mange år. Han blev sygemeldt i 2018 med belastningsreaktion og stress, og Nordea Pension ydede midlertidig dækning indtil november 2021. En neuropsykologisk undersøgelse i 2021 viste kun lette kognitive følger og accentuerede personlighedstræk – men ingen depression, angst eller PTSD. Nævnet udtalte:

> *Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ikke har bevist, at hans helbredsmæssige erhvervsevne i perioden 1/11 2021 til 1/11 2022 har varigt nedsat med halvdelen, og at han med de rette skånehensyn ikke vil være i stand til at tjene mere end 50 procent af, hvad der er sædvanligt for fuldt erhvervsdygtige personer.*

Nævnet tillagde det afgørende vægt, at klagerens begrænsede arbejdsevne i væsentligt omfang skyldtes sociale forhold (konfliktfyldt skilsmisse, ustabil bolig, presset samvær med børn), som faldt uden for forsikringens dækningsområde.

Tilsvarende i 102744 (Nordea Pension, 2025), hvor en lastbilchauffør fik standset sin dækning, da de lægelige akter kun påviste begrænsede objektive fund (muskulære smerter uden kirurgiske forhold), og der var markant diskrepans mellem klagerens arbejdsindsats lige efter ulykken (59 timer/uge) og hans kapacitet i senere praktik (2 timer/uge). Hastighedsændringen ved ulykken var desuden meget lav (1,6 km/t).

Det centrale mønster i praksis er:

- Helbredsgener skal være objektivt dokumenterede
- Sociale og økonomiske faktorer holdes uden for vurderingen
- Diskrepans mellem objektive fund og subjektive angivelser vægtes mod forsikringstageren
- Nyopståede lidelser efter forsikringens ophør indgår ikke i vurderingen

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Ophør af erhvervsevnetabsdækning og tvist om modregning af erstatning for tabt arbejdsfortjeneste 24.09.2025

Ankenævnet for Forsikring · Tvist om erhvervsevnetab og præmiefritagelse: Nordea Pension mod forsikringstager med hjerneskade 02.04.2025

§ 4 Forholdet til offentlige ydelser: fleksjob, førtidspension og AES-vurderinger

En gennemgående retslinje i ankenævnspraksis er, at offentlige myndigheders afgørelser om fleksjob, førtidspension eller seniorpension *ikke* er bindende for det private forsikringsselskabs erhvervsevnevurdering.

Nævnet begrunder dette med, at de offentlige tilkendelser sker efter bredere kriterier – herunder sociale hensyn – end forsikringsvilkårene.

I 102207 udtalte nævnet direkte:

> *Fleksjob og førtidspension tilkendes efter andre og bredere kriterier, end når forsikringsdækning ved tabt erhvervsevne skal vurderes.*

Dette princip gælder også for Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings (AES) vurderinger af méngrad og erhvervsevnetab. AES' vurdering er udarbejdet til brug for den offentlige arbejdsskadeordning og er ikke bindende for det private forsikringsselskab. I 100462 anerkendte AES en hændelse som arbejdsskade og tilkendte erstatning, mens den private ulykkesforsikring afviste dækning med henvisning til, at de objektive fund ikke understøttede den private polices krav.

Konsekvensen af denne sondring er:

Offentlig ydelse/vurdering	Betydning for privat forsikringsdækning
Fleksjobtilkendelse	Ikke automatisk dækning – selskabet foretager egen vurdering
Førtidspension	Ikke automatisk dækning – kan dog indikere varig nedsættelse
AES-erhvervsevnetab	Ikke bindende – selskabet har eget vurderingsgrundlag
Kommunal arbejdsevnevurdering	Indgår som oplysning, men er ikke afgørende

Der kan dog i konkrete sager forekomme, at nævnet lægger vægt på den offentlige vurdering som *ét element* blandt flere – særligt når den er understøttet af objektive helbredsoplysninger. Afgørende er imidlertid altid, om forsikringstagerens erhvervsevne er nedsat med den aftalte tærskel *af rent helbredsmæssige årsager* vurderet efter forsikringens egne betingelser.

Denne sondring mellem den offentlige og den privatretlige erhvervsevnevurdering er parallel til den sondring, der kendes fra arbejdsskade-anerkendelse og foertidspension.

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Tvist om erhvervsevnetab og præmiefritagelse: Nordea Pension mod forsikringstager med hjerneskade — 02.04.2025

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på erstatning for rygskade under privat ulykkesforsikring trods anerkendt arbejdsskade — 24.01.2024

§ 5 Modregning og uklarhedsreglen ved forsikringsvilkår

Spørgsmålet om, hvilke øvrige indtægter selskabet kan modregne i erhvervsevnetabsydelsen, er genstand for en del tvister. Forsikringsbetingelserne indeholder typisk en bestemmelse om, at visse "øvrige indtægter" – herunder offentlige ydelser og andre pensionsordningers erhvervsevnetabsdækning – fratrækkes i ydelsen for at undgå overkompensation.

I 102744 havde Nordea Pension krævet 215.396 kr. tilbagebetalt, fordi forsikringstageren havde modtaget erstatning for tabt arbejdsfortjeneste fra skadevolderens ansvarsforsikring under sagens forløb. Selskabet mente, at denne erstatning burde indgå i beregningen af "øvrige indtægter" efter forsikringsbetingelsernes punkt 6.3.4.

Nævnet afviste selskabets tilbagebetalingskrav. Forsikringsbetingelserne indeholdt en delvis udtømmende liste af fire kategorier af "øvrige indtægter" (herunder offentlige ydelser og andre erhvervsevnetabspensioner), men

nævnte ikke erstatning for tabt arbejdsfortjeneste fra en ansvarsforsikring. Da betingelserne var udformet af selskabet, fortolkede nævnet dem mod selskabet efter uklarhedsreglen i aftalelovens § 38 b.

Princippet er parallelt til den generelle uklarhedsregel, der behandles under forsikringspolice-uklarhed: uklare forsikringsvilkår fortolkes mod den part, der har konciperet dem – dvs. mod forsikringsselskabet.

LOV Aftaleloven § 38b

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Ophør af erhvervsevnetabsdækning og tvist om modregning af erstatning for tabt arbejdsfortjeneste 24.09.2025

§ 6 Forudbestående sygdomme og forsikringens dækningsomfang efter FAL § 120 a

Et særligt spørgsmål opstår, når en sygdom var til stede inden forsikringens tegning, men først diagnosticeres eller viser følger under forsikringstiden. FAL § 120 a, indsat i 2000, regulerer dette:

> *Er en sygdom, som omfattes af aftalen, indtrådt inden forsikringstidens begyndelse, stilles forsikringstageren, som om sygdommen var indtrådt i forsikringstiden, såfremt følger af sygdommen viser sig eller sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden, og en læge eller anden sagkyndig har afgivet helbredsoplysninger i forbindelse med forsikringens tegning med henblik på selskabets vurdering af den pågældende sygdom.*

Bestemmelsen har særlig betydning for erhvervsudygtighedsforsikringer, hvor den sundhedserklæring der afgives ved tegning (ofte via arbejdsgiveren) kan vise sig at være ufuldstændig, fx fordi en kronisk lidelse endnu ikke var diagnosticeret. Selskabet bærer i disse tilfælde hele risikoen for fejlen i helbredsoplysningerne, når forsikringstageren var i god tro.

Derimod vil selskabet normalt ikke hæfte, hvis forsikringstageren *ikke* var i god tro – dvs. hvis forsikringstageren vidste, at helbredsoplysningerne var urigtige eller ufuldstændige. I sådanne tilfælde kan selskabet ophæve eller nægte dækning efter forsikringsaftalelovens regler om urigtige oplysninger.

Den nærmere behandling af oplysningspligten ved tegning af personforsikring – herunder konsekvenserne af urigtige helbredsoplysninger, svigagtig fortielse og ophævelse – behandles selvstændigt under eksisterende-lidelser-sygdomsforsikring.

FAL § 120 a, stk. 3 fastslår, at bestemmelsen ikke kan fraviges ved aftale til skade for forsikringstageren. En aftalt karenstid udskyder dog forsikringstiden og kan dermed begrænse dækningen, uden at dette strider mod § 120 a.

LOV Forsikringsaftaleloven § 120a, stk. 1, 3

§ 7 Policedækningens ophør, fripolice og overgang ved jobskifte

Erhvervsudygtighedsforsikringen er knyttet til den aktive pensionsordning og ophører typisk ved:

- **Policealder** – typisk 60 eller 65 år, som fastsat i forsikringsbetingelserne.
-

Overgang til fripolice – når indbetalinger ophører, fx ved jobskifte eller opsigelse, konverteres ordningen ofte til en fripolice, der ikke indeholder fortsat dækning for erhvervsevnetab.

- **Udmeldelse af pensionsordningen** – ved overgang til en ny arbejdsgiver med en anden pensionsordning.

I 102207 ophørte dækningen pr. 1. november 2022, da ordningen overgik til fripolice. Nævnet afviste klagerens krav, der bl.a. byggede på lidelser diagnosticeret *efter* dækningens ophør (diskusprolaps i 2023 og astma i 2024), med den begrundelse, at disse ikke kunne belaste vurderingen af erhvervsevnetabet i den relevante forsikringsperiode.

Det er forsikringstagerens egen risiko at sikre, at dækningen videreføres ved jobskifte. Manglende opmærksomhed på, at en fripolice ikke indeholder erhvervsevnetabsdækning, er en hyppig årsag til tab af rettigheder. Pensionsselskaberne har dog en vis informationspligt om dækningens omfang ved overgang til fripolice.

Samspillet med pensionsbeskatningsloven har også praktisk betydning: ordninger oprettet som led i et ansættelsesforhold er typisk fradragsberettigede efter pensionsbeskatningsloven § 19, mens individuelle ordninger kan være omfattet af § 53 A med skattefri udbetaling men ingen fradragsret.

LOV Pensionsbeskatningsloven § 19

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Tvist om erhvervsevnetab og præmiefritagelse: Nordea Pension mod forsikringstager med hjerneskade 02.04.2025

§ 8 Selskabets undersøgelsesbeføjelser og forsikringstagerens medvirken

Under løbende udbetaling har forsikringsselskabet ret til løbende at vurdere, om betingelserne for fortsat dækning er opfyldt. Selskabet kan kræve:

- Nye lægeerklæringer og speciallægeundersøgelser
- Funktionsbeskrivelser og arbejdsprøvninger
- Oplysninger om kommunale afgørelser (fleksjob, revalidering mv.)
- Den sikredes medvirken til helbredsundersøgelser, jf. FAL § 22

Forpligtelsen til at medvirke har dog grænser. FAL § 124, stk. 1 fastsætter, at forsikringstagerens pligt til at forebygge eller begrænse skadens omfang ikke kan medføre et "utilbørligt indgreb i den pågældendes selvbestemmelsesret". Dette begrænser fx selskabets mulighed for at kræve bestemt medicinsk behandling eller kirurgiske indgreb.

Personovervågning er reguleret i bekendtgørelse om undersøgelser foretaget af forsikringsselskaber (BEK nr. 1582 af 18. december 2024), hvis § 8 fastsætter:

> *Et forsikringsselskab må kun benytte personovervågning i forbindelse med en undersøgelse, når der foreligger en velbegrundet og dokumenteret mistanke om, at den skadelidte har afgivet urigtige oplysninger eller fortiet oplysninger, der har afgørende betydning for vurderingen af om skadelidte er berettiget til løbende udbetalinger eller hel eller delvis forsikringsdækning.*

Selskabet kan altså ikke rutinemæssigt overvåge forsikringstagere – der kræves en konkret, dokumenteret mistanke.

LOV Forsikringsaftaleloven § 22 | Forsikringsaftaleloven § 124, stk. 1

§ 9 Sammenfatning og afgrænsning

Praksis om erhvervsudygtighedsforsikring domineres af Ankenævnet for Forsikring, der behandler hovedparten af tvister om private pensionsordningers erhvervsevnetabsdækning. De principielle retningslinjer kan sammenfattes således:

- **Forsikringsselskabets vurdering er selvstændig** – hverken kommunens, AES' eller Ankestyrelsens afgørelser binder selskabet.
- **Bevisbyrden ligger hos forsikringstageren** – det skal dokumenteres, at den helbredsmæssige erhvervsevne er varigt nedsat med mindst den aftalte tærskel.
- **Overgang til generel vurdering** er vilkårsmæssigt hjemlet og fører ofte til ophør af dækning, selv ved fleksjob.
- **Uklare vilkår fortolkes mod selskabet** – navnlig ved spørgsmål om modregning og dækningens omfang.
- **Sociale faktorer holdes uden for** – kun helbredsmæssige årsager indgår i vurderingen.

Afgrænsning: Denne praksisoversigt dækker den privatretlige forsikringsdækning ved tab af erhvervsevne. Relaterede emner behandles i separate oversigter:

- Méngradsfastsættelse efter ulykke: ulykkesforsikring-mengradsfastsaettelse
- Engangsudbetaling ved diagnose: kritisk-sygdom-forsikring
- Oplysningspligt ved tegning isoleret: eksisterende-lidelser-sygdomsforsikring
- Offentlig førtidspensionsvurdering: foertidspension
- Arbejdsskaderelateret erhvervsevnetab: arbejdsskade-anerkendelse
- Vilkårsfortolkning generelt: forsikringspolice-uklarhed

PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Ophør af erhvervsevnetabsdækning og tvist om modregning af erstatning for tabt arbejdsfortjeneste	24.09.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Tvist om erhvervsevnetab og præmiefritagelse: Nordea Pension mod forsikringstager med hjerneskade	02.04.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning for erhvervsevnetab efter overgang til generel vurdering trods tilkendelse af fleksjob	08.01.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning for tab af erhvervsevne efter rideulykke trods tilkendelse af fleksjob	13.12.2023

REFERENCE Lovgrundlag

6 paragraffer

Forsikringsaftaleloven § 21	Forsikringsaftaleloven § 22
Forsikringsaftaleloven § 120	Forsikringsaftaleloven § 120a

Forsikringsaftaleloven § 121

Forsikringsaftaleloven § 124

MATERIALE

Citerede afgørelser

6 afgørelser

SØ- OG HANDELSRETTEN · SPECIALRET		1
05.04.2024	Tryg Forsikrings uvarslede prisstigninger kendt ugyldige: Omfattende krav om tilbagebetaling til privatkunder efter tilsidesættelse af uigennemsigtige aftalevilkår	7060-8489

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS		5
24.09.2025	Ophør af erhvervsevnetabsdækning og tvist om modregning af erstatning for tabt arbejdsfortjeneste	102744
02.04.2025	Tvist om erhvervsevnetab og præmiefritagelse: Nordea Pension mod forsikringstager med hjerneskade	102207
08.01.2025	Afslag på dækning for erhvervsevnetab efter overgang til generel vurdering trods tilkendelse af fleksjob	101762
24.01.2024	Afslag på erstatning for rygskade under privat ulykkesforsikring trods anerkendt arbejdsskade	100462
13.12.2023	Afslag på dækning for tab af erhvervsevne efter rideulykke trods tilkendelse af fleksjob	100058

11 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over erstatningsopgørelse — nyværdi vs. dagsværdi

Forsikringsaftalelovens § 37 og den beregningstekniske ramme for afskrivning

Version 2 Opdateret 16. jul. 2026 12 afgørelser · 2003-2025 Læs online

INTRODUKTION

Erstatningsopgørelsen efter en tingsskade hviler i dansk ret på forsikringsaftalelovens § 37, der som udgangspunkt foreskriver dagsværdi — genanskaffelsesprisen umiddelbart før forsikringsbegivenheden med rimeligt fradrag for værdiforringelse ved alder, brug og nedsat anvendelighed. Bestemmelsen indeholder selv de to modifikationer, der i praksis afgør langt de fleste opgørelsestvister: indbo og personlige brugsgenstande afskrives kun, hvis nytteværdien er væsentligt nedsat (stk. 2), og ved faktisk genopførelse eller istandsættelse af en bygning sker fradrag kun for forskellen mellem gammelt og nyt (stk. 3). Denne oversigt gennemgår den beregningstekniske ramme i §§ 37-39 og viser, hvordan de samme afskrivningsmekanismer — levetidstabeller, restlevetid, forbedringsværdi og skønsmæssig værdiforringelse fastsat på grundlag af en sagkyndig — anvendes i tilgrænsende dansk værdiansættelsespraksis fra Disciplinær- og klagenævnet for beskikkede bygningssagkyndige og Forbrugerklagenævnet.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Hovedreglen efter forsikringsaftalelovens § 37, stk. 1 er dagsværdi: genanskaffelsesprisen umiddelbart før forsikringsbegivenheden med rimeligt fradrag for værdiforringelse ved alder, brug, nedsat anvendelighed eller andre omstændigheder.

02 Fradraget skal efter lovens ordlyd være »rimeligt« — afskrivningen er ikke et frit skøn, men skal kunne begrundes i genstandens alder, brug eller nedsatte anvendelighed.

03 Værdien fastlåses tidsmæssigt til priserne »umiddelbart før forsikringsbegivenheden« — senere prisstigninger på genanskaffelsesmarkedet indgår ikke i § 37, stk. 1-opgørelsen.

04 For indbogenstande, personlige brugsgenstande og lignende sker der efter § 37, stk. 2 kun fradrag for alder og brug, hvis genstandens nytteværdi for den sikrede derved er væsentlig nedsat — hvilket i praksis nærmer opgørelsen til nyværdi.

05 Genopføres eller istandsættes en beskadiget bygning, sker fradrag efter § 37, stk. 3 kun for forskellen mellem gammelt og nyt — nyværdielementet er altså betinget af faktisk genopførelse.

06 Berigelsesforbuddet i § 39, stk. 1 er ufravigeligt: selskabet er, selv om andet er aftalt, ikke forpligtet til at udrede større erstatning end hvad der kræves til den lidte skades dækning.

07 En takseret police eller vedtagne vurderingsregler binder selskabet efter § 39, stk. 2, medmindre selskabet godtgør, at der derved ville blive erstattet mere end den lidte skade.

08 Selvtilvirkede salgsgenstande opgøres efter § 38 til opnåelig salgspris med fradrag for regelmæssige salgsomkostninger, undgået handelsrisiko og fordelen ved kontant betaling.

09 Levetids- og restlevetidsvurderinger foretages i dansk værdiansættelsespraksis ved standardiseret tabelopslag ud fra materialetype og alder – ikke ved individuelt skøn over den konkrete genstand.

10 Når restlevetiden er udløbet, ansættes forbedringsværdien ved udskiftning i praksis til 95-100 %, jf. DKBB 24/11037.

11 Skønsmæssig værdiforringelse fastsættes i praksis på grundlag af en sagkyndig udtalelse om enten konkret værditab eller reetableringsomkostning, ikke på partens eget skøn.

12 Den, der kræver erstatning, bærer bevisbyrden for opgørelsen; en opgørelse baseret alene på egne oplysninger godtgør ikke tabets størrelse.

§ 1 Dagsværdi som lovens udgangspunkt – forsikringsaftalelovens § 37, stk. 1

Den beregningstekniske hovedregel for tingsskade står i forsikringsaftalelovens § 37, stk. 1, der med undtagelse af de i § 38 og § 75 nævnte tilfælde fastlægger opgørelsen således:

> *Med de i §§ 38 og 75 nævnte undtagelser ansættes tingens værdi til det beløb, der efter priserne umiddelbart før forsikringsbegivenheden ville kræves til genanskaffelse af den tilintetgjorte eller beskadigede genstand med rimeligt fradrag for værdiforringelse ved alder, brug, nedsat anvendelighed eller andre omstændigheder.*

Bestemmelsen rummer fire selvstændige beregningselementer, der hver især kan blive tvistens omdrejningspunkt:

- **Genanskaffelsesværdien** – hvad det ville koste at anskaffe en tilsvarende genstand. Det er udgangspunktet for beregningen, og altså ikke den oprindelige anskaffelsespris.
- **Tidspunktet** – »priserne umiddelbart før forsikringsbegivenheden«. Værdien fastlåses tidsmæssigt til skadesøjeblikket, og senere prisudvikling på genanskaffelsesmarkedet indgår ikke.
- **Fradragsgrundene** – alder, brug, nedsat anvendelighed eller andre omstændigheder. Opregningen er bred, men den er ikke uden grænser: fradraget skal kunne henføres til en af disse grunde.
- **Rimelighedskravet** – fradraget skal være »rimeligt«. Ordlyden gør afskrivningen til en retlig standard, ikke til et frit skøn, og et fradrag skal derfor kunne begrundes konkret.

Resultatet af denne operation er det, der i forsikringspraksis kaldes **dagsværdien**: genanskaffelsesværdi minus afskrivning. Nyværdi – genanskaffelsesværdien uden fradrag – er efter loven ikke udgangspunktet, men

undtagelsen, og forudsætter enten at betingelserne i stk. 2 eller stk. 3 er opfyldt, eller at policen udvider dækningen ud over lovens deklaratoriske ordning.

LOV Forsikringsaftaleloven § 37, stk. 1 Forsikringsaftaleloven § 38 Forsikringsaftaleloven § 75

§ 2 Indboundtagelsen i § 37, stk. 2 — afskrivning kun ved væsentligt nedsat nytteværdi

For den praktisk vigtigste kategori af genstande — indbo — modificerer § 37, stk. 2 hovedreglen markant:

> *Ved indbogenstande, personlige brugsgenstande og lignende sker der dog kun fradrag for værdiforringelse ved alder og brug, for så vidt genstandenes nytteværdi for den sikrede derved er væsentlig nedsat.*

Bestemmelsen indebærer tre selvstændige indsnævringer i forhold til stk. 1:

1. **Fradragsgrundene indskrænkes** til alder og brug. De øvrige grunde i stk. 1 — nedsat anvendelighed og »andre omstændigheder« — er ikke nævnt i stk. 2.
2. **Målestokken ændres** fra objektiv værdiforringelse til *nytteværdien for den sikrede*. Det afgørende er altså ikke, hvad genstanden kunne sælges for, men hvad den er værd i brug for netop denne forsikringstager. En ti år gammel sofa, der fungerer som en ny sofa, har ikke nedsat nytteværdi, selv om dens handelsværdi er faldet betydeligt.
3. **En væsentlighedstærskel indsættes.** Nytteværdien skal være *væsentlig* nedsat. Er den ikke det, sker der intet fradrag overhovedet.

Sammenholdt betyder de tre led, at opgørelsen af indbo efter lovens deklaratoriske ordning i praksis nærmer sig nyværdi: afskrivning er undtagelsen, der kræver en positiv konstatering af væsentligt nedsat brugsværdi, og ikke en automatisk funktion af genstandens alder. Rene alderstabeller — »X procent pr. år« — har ikke i sig selv hjemmel i stk. 2, medmindre de kan bæres af en konkret vurdering af nytteværdien, eller policen fraviger loven.

Afgrænsningen af, hvad der er »indbogenstande, personlige brugsgenstande og lignende«, bliver dermed selv et beregningsteknisk stridspunkt: falder genstanden uden for stk. 2, gælder den fulde afskrivningsadgang efter stk. 1.

LOV Forsikringsaftaleloven § 37, stk. 1, 2

§ 3 Nyt for gammelt — § 37, stk. 3 og betingelsen om faktisk genopførelse

For bygningsskader indeholder § 37, stk. 3 den bestemmelse, der i daglig tale kaldes *nyt for gammelt*:

> *Genopføres eller istandsættes en beskadiget bygning, finder fradrag derhos kun sted for forskellen mellem gammelt og nyt.*

Bestemmelsen har to afgørende træk for beregningen:

Betingelsen. Reglen udløses kun, hvis bygningen faktisk *genopføres eller istandsættes*. Nyværdielementet er altså betinget af reetablering, ikke af skadens indtræden. Vælger den sikrede at lade være — eller at få skaden opgjort kontant uden genopførelse — falder man tilbage på hovedreglen i stk. 1 med fuldt fradrag for værdiforringelse ved alder og brug. Dette er kernen i forskellen mellem en kontant dagsværdiopgørelse og en genopførelsesbetinget nyværdiopgørelse.

Fradragets indhold. Når betingelsen er opfyldt, indskrænkes fradraget til »forskellen mellem gammelt og nyt«, dvs. den værdiforøgelse den sikrede reelt opnår ved at få nye materialer i stedet for brugte. Beregningsteknisk er dette fradrag en funktion af, hvor stor en del af den udskiftede bygningsdels samlede levetid der allerede var forbrugt på skadestidspunktet. Et tag med 30 års forventet levetid, der udskiftes efter 15 år, giver en anden forbedringsandel end det samme tag udskiftet efter 3 år.

Denne levetidsbrøk er præcis den mekanik, der behandles i afsnittene om levetidstabeller og forbedringsværdi nedenfor. Bemærk, at fradraget efter stk. 3 kun angår *forskellen* mellem gammelt og nyt — ikke bygningens generelle værdiforringelse. Bestemmelsen er dermed væsentligt gunstigere for den sikrede end stk. 1.

LOV Forsikringsaftaleloven § 37, stk. 1, 3

§ 4 Berigelsesforbuddet og takserede policer som ydergrænser (§§ 38-39)

Uanset hvilken opgørelsesmetode der anvendes, sætter § 39, stk. 1 en ufravigelig overgrænse:

> *Selskabet er, selv om andet er aftalt, ikke forpligtet til at udrede større erstatning end, hvad der kræves til den lidte skades dækning.*

Formuleringen »selv om andet er aftalt« gør bestemmelsen præceptiv til fordel for selskabet. Berigelsesforbuddet er dermed den ydre ramme, enhver opgørelse — også en aftalt nyværdidækning — skal holde sig inden for.

Denne ramme modificeres af § 39, stk. 2 om **takserede policer**:

> *Indeholder forsikringsaftalen en bestemmelse, hvorved den forsikrede genstand ansættes til en bestemt værdi, eller bestemte vurderingsregler vedtages, er en sådan aftale bindende for selskabet, for så vidt det ikke godtgør, at der derved ville blive erstattet mere end den lidte skade.*

Bestemmelsen har betydelig praktisk vægt for beregningen, fordi den flytter bevisbyrden. Er der aftalt en bestemt værdi *eller bestemte vurderingsregler* — herunder et aftalt afskrivningsskema — er aftalen som udgangspunkt bindende for selskabet. Vil selskabet fravige den, må **selskabet** godtgøre, at aftalen ville føre til overkompensation. Vedtagne afskrivningstabeller i policen skærer dermed begge veje: de binder også selskabet.

For genstande, den sikrede selv har tilvirket til salg, gælder en særlig opgørelsesregel i § 38, hvorefter erstatningen fastsættes på grundlag af den opnåelige salgspris umiddelbart før forsikringsbegivenheden med fradrag for regelmæssige salgsomkostninger, undgået handelsrisiko samt fordelen ved kontant betaling. Her er målestokken altså salgsværdi minus sparede omkostninger — ikke genanskaffelsesværdi minus afskrivning. Tilsvarende særregler for skibe og transporterede varer findes i § 75, hvor bl.a. takserede policer og en fast varevurdering med tillæg af 10 pct. anvendes.

LOV Forsikringsaftaleloven § 38 Forsikringsaftaleloven § 39, stk. 1, 2 Forsikringsaftaleloven § 75

§ 5 Levetidstabeller som afskrivningsteknik — tabelopslag frem for individuelt skøn

Den mest udbredte danske teknik til at fastsætte, hvor stor en del af en bygningsdels værdi der er forbrugt, er **standardiserede levetidstabeller**. Teknikken er grundigt belyst i praksis fra Disciplinær- og klagenævnet for beskikkede bygningssagkyndige, der behandler restlevetidsangivelser i tilstandsrapporter efter lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom m.v. § 12. Selv om regimet er et andet end forsikringsopgørelsens, er selve levetidsmekanikken den samme, som ligger bag afskrivnings- og forbedringsberegninger.

Det bærende princip er, at restlevetiden **ikke** beror på et individuelt skøn over den konkrete bygningsdels tilstand, men på et opslag i en tabel ud fra materialetype og alder. I 20/08631 fastslog nævnet, at angivelsen af et tags restlevetid »er baseret på et standardiseret tabelopslag ud fra tagets materialer og ikke et individuelt skøn«, og at en fejl i opslaget derfor er en formalitetsfejl, som ikke i sig selv er ansvarspådragende. Samme forståelse er lagt til grund i 22/13606 og i 23/07647, hvor nævnet fastslog, at den sagkyndige som hovedregel ikke skal foretage en konkret og selvstændig vurdering af restlevetider.

Selve regnestykket er rent aritmetisk — tabellevetid minus faktisk alder:

Sag	Bygningsdel	Tabellevetid	Alder ved vurdering	Restlevetid
Journalnr. 14047	Betontagsten (1950)	80 år	64 år	Over 10 år
20/07795	Asbestholdige tagplader (1982)	80 år	38 år	10 år eller længere
21/00529	Eternittag (1983)	–	38 år	Over 10 år
24/01507	Tagpap (2006)	–	ca. 18 år	10 år eller mere

To forbehold har direkte betydning for enhver afskrivningsberegning:

- **Materialets identitet styrer tabellen.** I 24/11037 var forskellen mellem asbestholdige og asbestfrie bølgeeternitplader afgørende: den ene tabel gav restlevetid til 2058, den anden til 2028 — for det samme tag. En fejlidentifikation af materialet forplanter sig direkte i afskrivningen.
- **Tabellen er ikke en tilstandsvurdering.** Skønsmanden i 24/11037 fremhævede, at asbestfri bølgeeternit »kan se fine og intakte ud, og kun få år efter være så dårlig at de skal skiftes«, fordi »skadesudviklingen … går meget stærkt de sidste år af tagpladernes levetid«. Den statistiske levetid og den faktiske restlevetid kan altså afvige betydeligt.

Hvor alderen ikke fremgår af sælgeroplysningerne eller er åbenlys ved besigtigelsen, skal restlevetiden efter Håndbogen for bygningssagkyndige angives som **ukendt** — jf. 24/11037, hvor nævnet frifandt den sagkyndige, netop fordi taget var nymalet og forskellen mellem de to tagtyper derfor ikke var åbenlys.

LOV Lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom m.v. § 12

PRAKSIS

Disciplinær- og Klagenævnet for Beskikkede Bygningssagkyndige · Manglende erstatningsansvar for bygningssagkyndig ved vurdering af tags restlevetid og skader 19.03.2025

Disciplinær- og Klagenævnet for Beskikkede Bygningssagkyndige · Afgørelse om bygningssagkyndiges ansvar for vurdering af tagpaptags tilstand og restlevetid 14.08.2024

Disciplinær- og Klagenævnet for Beskikkede Bygningssagkyndige · Den bygningssagkyndiges ansvar for beskrivelse af stråtagets restlevetid 10.10.2023

Disciplinær- og Klagenævnet for Beskikkede Bygningssagkyndige · Sag om bygningssagkyndigs ansvar for tagets restlevetid og påstået utæthed ved skorsten 16.01.2023

Disciplinær- og Klagenævnet for Beskikkede Bygningssagkyndige · Klage over vurdering af eternittags restlevetid i tilstandsrapport 20.12.2021

Disciplinær- og Klagenævnet for Beskikkede Bygningssagkyndige · Klage over vurdering af restlevetid for tagbelægning i tilstandsrapport 10.12.2020

Disciplinær- og Klagenævnet for Beskikkede Bygningssagkyndige · Klage over forkert angivelse af restlevetid for tag i tilstandsrapport 05.11.2020

Disciplinær- og Klagenævnet for Beskikkede Bygningssagkyndige · Klage over vurdering af tags restlevetid og manglende anmærkning af skadede spær i tilstandsrapport 08.09.2014

§ 6 Forbedringsværdi ved udløbet restlevetid — den konkrete nyt-for-gammelt-beregning

Bindeleddet mellem levetidstabellen og kroner-og-øre-opgørelsen er **forbedringsværdien** — den andel af udbedringsudgiften, der udgør en reel værdiforøgelse for ejeren, og som derfor svarer til fradraget for »forskellen mellem gammelt og nyt« efter § 37, stk. 3.

Den mest instruktive konkrete beregning findes i 24/11037. Skønsmanden opgjorde her udskiftningen af taget på hovedhuset således:

Element	Værdi
Enhedspris	850 kr./m²
Areal	151 m²
Samlet udbedringsudgift	ca. 130.000 kr. inkl. moms
Forventet levetid	30 år
Restlevetid	Udløbet
Forbedringsværdi	**95-100 %**

Sammenhængen er den centrale pointe: forbedringsværdien blev ansat til 95-100 %, **fordi** restlevetiden var udløbet. Når hele den forventede levetid er forbrugt, er stort set hele udgiften til en ny bygningsdel en forbedring — ejeren får 30 nye år, hvor den gamle bygningsdel havde nul tilbage. Omvendt ville forbedringsværdien for et tag med halvdelen af levetiden tilbage principielt ligge omkring det halve.

Beregningsteknisk er forbedringsandelen dermed grundlæggende en levetidsbrøk — forbrugt levetid divideret med samlet levetid — anvendt på reetableringsudgiften. Det er denne brøk, der oversætter tabelopslaget fra afsnittet ovenfor til det fradrag, der efter § 37, stk. 3 må foretages ved genopførelse. Samtidig illustrerer sagen, hvorfor materialeidentifikationen har direkte økonomisk vægt: havde tabellen for asbestholdigt eternit (restlevetid til 2058) været den rigtige for hele taget, ville forbedringsandelen have været markant lavere end de 95-100 %, som den udløbne restlevetid førte til.

LOV Forsikringsaftaleloven § 37, stk. 3

PRAKSIS **Disciplinær- og Klagenævnet for Beskikkede Bygningssagkyndige** · Manglende erstatningsansvar for bygningssagkyndig ved vurdering af tags restlevetid og skader 19.03.2025

§ 7 Den sagkyndiges rolle og skønsmæssig fastsættelse af værdiforringelse

Hvor der ikke findes en anvendelig tabel, fastsættes værdiforringelsen skønsmæssigt — men i praksis aldrig på partens eget skøn. Gennemgående forankres skønnet i en **sagkyndig udtalelse**, og nævnene lægger den som udgangspunkt uprøvet til grund. I 24/11037 lagde nævnet udtrykkeligt skønsmandens erklæring uprøvet til grund og fulgte dennes konklusioner.

Forbrugerklagenævnets praksis om værdiforringelse ved fortrydelse efter forbrugeraftalelovens § 24, stk. 5 viser to forskellige — og lærerige — skønsmetoder, som begge går igen i erstatningsopgørelser:

Metode 1 — reetableringsomkostningen. I 18/14282 havde forbrugeren brygget ca. 20 kopper kaffe på en espressomaskine, der allerede var en demonstrationsmodel. Den sagkyndige vurderede, at maskinen ikke var *yderligere* værdiforringet ud over behovet for rengøring og afkalkning, og at dette ville tage minimum en time. Nævnet fastsatte derfor værdiforringelsen skønsmæssigt til **500 kr.** — altså udelukkende omkostningen ved at bringe genstanden tilbage til salgbar stand.

Metode 2 — den procentuelle markedsafskrivning. I 20/07352 var maskinen videresolgt og kunne ikke undersøges. Den sagkyndige udtalte generelt, at en espressomaskine af den type »almindeligvis kan videresælges som demovare til en pris, der er reduceret med 20-30 % i forhold til nyprisen«, og at rengøring ville koste ca. 495 kr. På grundlag af et samlet værditab på minimum 1.495 kr. fandt nævnet et fradrag på **1.500 kr.** berettiget i en købesum på 4.999 kr.

Kontrasten mellem de to sager er beregningsteknisk instruktiv: **hvor genstanden allerede var afskrevet (demomodel), blev der ikke afskrevet igen** — kun reetableringsomkostningen kunne fradrages. Hvor genstanden var ny, blev den fulde markedsmæssige demo-afskrivning på 20-30 % anvendt. Det svarer til logikken i § 37, stk. 1, hvorefter fradraget skal være »rimeligt« og hvile på en faktisk værdiforringelse — ikke på en skematisk sats anvendt uden hensyn til genstandens udgangspunkt.

Samme sag viser desuden, at den, der vil have et fradrag anerkendt, må dokumentere dets grundlag: nævnet afviste et fradrag på 469,95 kr. for forbrugt kaffe og filter, fordi prisen ikke fremgik af kvitteringen, og der ikke var fremsendt dokumentation for tilbehørets andel af købesummen.

LOV Forbrugeraftaleloven § 24, stk. 5 Forsikringsaftaleloven § 37, stk. 1

PRAKSIS **Forbrugerklagenævnet** · Forbrugerklagenævnets afgørelse om værdiforringelse ved fortrydelse af køb af espressomaskine 08.10.2021

Forbrugerklagenævnet · Forbruger hæfter for værdiforringelse af espressomaskine ved fortrydelse 15.10.2019

Disciplinær- og Klagenævnet for Beskikkede Bygningssagkyndige · Manglende erstatningsansvar for bygningssagkyndig ved vurdering af tags restlevetid og skader 19.03.2025

§ 8 Genanskaffelsesprincippet ved brugte og prisnedsatte genstande

Et tilbagevendende beregningsspørgsmål er, hvad »genanskaffelse« betyder, når den skadede genstand var brugt eller købt til nedsat pris. Efter § 37, stk. 1 er målestokken, hvad der »ville kræves til genanskaffelse« — altså prisen på en **tilsvarende** genstand, ikke på en ny.

Forbrugerklagenævnets afgørelse i 2003-4012/7-300 er en ren anvendelse af det princip. En forbruger havde købt et demonstrationsfjernsyn for 11.999 kr. — nedsat fra 14.000 kr. på grund af ridser og smådefekter. Den erhvervsdrivende bortskaffede apparatet, mens det var i dennes varetægt til reparation, og blev fundet erstatningsansvarlig. Opgørelsen blev bygget op sådan:

Trin	Beløb
Nypris på tilsvarende fjernsyn på opgørelsestidspunktet	19.999 kr.
Sagkyndig: demonstrationsmodeller sælges normalt med 20 % rabat	÷ 20 %
Genanskaffelsesværdi af en tilsvarende demonstrationsmodel	**15.999 kr.**
Oprindeligt betalt	11.999 kr.

Nævnet tilkendte de **15.999 kr.** — altså genanskaffelsesværdien af en *tilsvarende brugt/nedsat* genstand på opgørelsestidspunktet, ikke den oprindeligt betalte pris. Nævnet lagde udtrykkeligt vægt på, at klageren »havde gjort et særdeles godt køb« og derfor havde lidt et tab, fordi han ikke kunne anskaffe et tilsvarende fjernsyn til den oprindeligt favorable pris.

Afgørelsen illustrerer to ting af direkte betydning for forsikringsopgørelser. For det første er den oprindelige anskaffelsespris uden selvstændig betydning — hverken som loft eller som gulv. For det andet fastsættes prisniveauet for den tilsvarende genstand ved en sagkyndig markedsvurdering (her: den generelle 20 %-demo-rabat), præcis som en taksator ville gøre. Bemærk dog, at § 37, stk. 1 i forsikringsforhold låser tidspunktet til »umiddelbart før forsikringsbegivenheden«, mens nævnet her opgjorde til prisniveauet på afgørelsestidspunktet — et forhold, der følger af, at kravet dér hvilede på almindeligt erstatningsansvar og ikke på en forsikringsaftale.

Berigelsesforbuddet i § 39, stk. 1 sætter den modsatte grænse: erstatningen må ikke overstige den lidte skade, og en genanskaffelsesværdi beregnet på en *ny* genstand, hvor den skadede var brugt, ville netop overskride den grænse.

LOV Forsikringsaftaleloven § 37, stk. 1 · Forsikringsaftaleloven § 39, stk. 1

PRAKSIS **Forbrugerklagenævnet** · Erstatning for kasseret fjernsyn 08.06.2004

§ 9 Dokumentationsbyrden for erstatningsopgørelsen

Uanset hvilken opgørelsesmetode der anvendes, må den, der kræver erstatning, kunne dokumentere sit tab. En opgørelse, der alene hviler på skadelidtes egne oplysninger, er ikke tilstrækkelig.

Dette fremgår klart af 2003-326/7-1, hvor en strømafbrydelse havde ødelagt indholdet i køleskab og fryser i et sommerhus. Skadelidte opgjorde kravet til 7.258 kr.; forsikringsselskabet havde anerkendt erstatningspligten, men ansat beløbet til 6.300 kr. og udbetalt 2.300 kr. efter selvrisiko. Forbrugerklagenævnet bemærkede, at opgørelsen på 7.258 kr. »alene var baseret på egne oplysninger og dermed udokumenteret«, og at det med den

bevisførelse, der kunne finde sted for nævnet, ikke kunne afgøres, om der var lidt et tab ud over det allerede udbetalte.

Sagen illustrerer tre praktiske pointer for opgørelsen:

- **Anerkendt ansvar er ikke anerkendt opgørelse.** At dækningspligten er anerkendt, siger intet om beløbet. Opgørelsen er et selvstændigt bevistema.
- **Egne lister er ikke dokumentation.** Særligt for indbo — hvor § 37, stk. 2 ellers er gunstig for den sikrede — falder kravet ofte ikke på afskrivningen, men på dokumentationen af, hvad der overhovedet fandtes og hvad det var værd.
- **Tabsbegrænsning og egen skyld kan reducere opgørelsen selvstændigt.** Nævnet fandt, at kravet under alle omstændigheder burde begrænses efter reglerne om egen skyld og accept af risiko, fordi skadelidte havde efterladt et større parti værdifulde madvarer uden opsyn i flere dage.

Sammenholdt med § 39, stk. 2 tegner der sig et klart bevisbyrdemønster: **den sikrede** skal dokumentere genstandenes eksistens og genanskaffelsesværdi, mens **selskabet** — hvor policen indeholder en aftalt værdi eller vedtagne vurderingsregler — skal godtgøre, at den aftalte opgørelse ville føre til overkompensation.

LOV Forsikringsaftaleloven § 37, stk. 2 Forsikringsaftaleloven § 39, stk. 2

PRAKSIS **Forbrugerklagenævnet** · Strømafbrydelse forårsaget af snegle i distributionsskab – erstatning for ødelagte madvarer 31.12.2003

§ 10 Sammenfatning — opgørelsens fem trin

Den beregningstekniske opgørelse af en tingsskade kan sammenfattes i fem trin, der hver har sit eget retsgrundlag og sit eget bevistema:

1. Fastlæg kategorien. Er genstanden indbo eller personlig brugsgenstand (§ 37, stk. 2), selvtilvirket til salg (§ 38), skib eller transporteret vare (§ 75) — eller falder den under hovedreglen i § 37, stk. 1? Kategorien afgør både fradragsgrundene og målestokken.

2. Fastsæt genanskaffelsesværdien. Prisen umiddelbart før forsikringsbegivenheden for en *tilsvarende* genstand — ikke nyprisen, hvis den skadede var brugt eller nedsat, jf. den sagkyndige markedsvurdering i 2003-4012/7-300.

3. Beregn fradraget. Her ligger den egentlige nyværdi/dagsværdi-akse:

Situation	Hjemmel	Fradrag
Hovedreglen	§ 37, stk. 1	Rimeligt fradrag for alder, brug, nedsat anvendelighed m.v. → **dagsværdi**
Indbo m.v.	§ 37, stk. 2	Kun hvis nytteværdien er *væsentlig* nedsat → i praksis nær **nyværdi**
Bygning, der faktisk genopføres	§ 37, stk. 3	Kun forskellen mellem gammelt og nyt → **nyværdi minus forbedringsandel**
Bygning, der *ikke* genopføres	§ 37, stk. 1	Fuldt fradrag → **dagsværdi**

4. Kvantificér forbedringsandelen. Ved genopførelse oversættes levetidstabellens restlevetid til en brøk af reetableringsudgiften. Er restlevetiden udløbet, nærmer forbedringsandelen sig 100 % – i 24/11037 ansat til 95-100 % ved en 30-årig levetid. Tabelopslaget er standardiseret og styres af materialetype og alder, ikke af et individuelt skøn (20/08631, Journalnr. 14047).

5. Prøv resultatet mod ydergrænserne. Berigelsesforbuddet i § 39, stk. 1 er ufravigeligt og gælder »selv om andet er aftalt«. Omvendt binder en takseret police eller vedtagne vurderingsregler selskabet efter § 39, stk. 2, medmindre selskabet godtgør overkompensation.

Den røde tråd gennem materialet er, at **afskrivning kræver begrundelse**. Lovens krav om et »rimeligt« fradrag, indboundtagelsens væsentlighedstærskel og forbedringsandelens forankring i en konkret levetidsbrøk peger alle samme vej: et skematisk procentfradrag anvendt uden hensyn til genstandens faktiske udgangspunkt og tilstand har ikke selvstændig hjemmel. Det bekræftes af kontrasten mellem 18/14282 og 20/07352, hvor en allerede afskrevet demomodel ikke blev afskrevet igen, mens en ny genstand bar den fulde markedsafskrivning.

Afgrænsning: spørgsmålet om, **hvorvidt** der overhovedet er dækning, hører under de enkelte produkt-topics, og bilers handelsværdi ved totalskade behandles i bilforsikring – totalskade og værdiansættelse.

LOV Forsikringsaftaleloven § 37, stk. 1-3 · Forsikringsaftaleloven § 38 · Forsikringsaftaleloven § 39, stk. 1, 2 · Forsikringsaftaleloven § 75

PRAKSIS

Disciplinær- og Klagenævnet for Beskikkede Bygningssagkyndige · Manglende erstatningsansvar for bygningssagkyndig ved vurdering af tags restlevetid og skader	19.03.2025
Disciplinær- og Klagenævnet for Beskikkede Bygningssagkyndige · Klage over forkert angivelse af restlevetid for tag i tilstandsrapport	05.11.2020
Disciplinær- og Klagenævnet for Beskikkede Bygningssagkyndige · Klage over vurdering af tags restlevetid og manglende anmærkning af skadede spær i tilstandsrapport	08.09.2014
Forbrugerklagenævnet · Forbrugerklagenævnets afgørelse om værdiforringelse ved fortrydelse af køb af espressomaskine	08.10.2021
Forbrugerklagenævnet · Forbruger hæfter for værdiforringelse af espressomaskine ved fortrydelse	15.10.2019
Forbrugerklagenævnet · Erstatning for kasseret fjernsyn	08.06.2004

REFERENCE Lovgrundlag

6 paragraffer

Forbrugeraftaleloven § 24 stk. 5	Forsikringsaftaleloven § 37 stk. 1-3
Forsikringsaftaleloven § 38	Forsikringsaftaleloven § 39 stk. 1, 2
Forsikringsaftaleloven § 75	Lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom m.v. § 12

MATERIALE Citerede afgørelser

12 afgørelser

DISCIPLINÆR- OG KLAGENÆVNET FOR BESKIKKEDE BYGNINGSSAGKYNDIGE · NÆVN / KLAGEINSTANS 8

19.03.2025	Manglende erstatningsansvar for bygningssagkyndig ved vurdering af tags restlevetid og skader	24/11037

14.08.2024	Afgørelse om bygningssagkyndiges ansvar for vurdering af tagpaptags tilstand og restlevetid	24/01507
10.10.2023	Den bygningssagkyndiges ansvar for beskrivelse af stråtagets restlevetid	23/07647
16.01.2023	Sag om bygningssagkyndigs ansvar for tagets restlevetid og påstået utæthed ved skorsten	22/13606
20.12.2021	Klage over vurdering af eternittags restlevetid i tilstandsrapport	21/00529
10.12.2020	Klage over vurdering af restlevetid for tagbelægning i tilstandsrapport	20/07795
05.11.2020	Klage over forkert angivelse af restlevetid for tag i tilstandsrapport	20/08631
08.09.2014	Klage over vurdering af tags restlevetid og manglende anmærkning af skadede spær i tilstandsrapport	Journalnr.: 14047

FORBRUGERKLAGENÆVNET · NÆVN / KLAGEINSTANS 4

08.10.2021	Forbrugerklagenævnets afgørelse om værdiforringelse ved fortrydelse af køb af espressomaskine	20/07352
15.10.2019	Forbruger hæfter for værdiforringelse af espressomaskine ved fortrydelse	18/14282
08.06.2004	Erstatning for kasseret fjernsyn	2003-4012/7-300
31.12.2003	Strømafbrydelse forårsaget af snegle i distributionsskab – erstatning for ødelagte madvarer	2003-326/7-1

12 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over forsikringsaftalelovens almindelige del — præmiebetaling, fareforøgelse og sikkerhedsforskrifter

Præceptivitet, præmierestance, risikoændring og bevisbyrde i FAL's tværgående regler

Version 2 Opdateret 16. jul. 2026 29 afgørelser · 2003–2026 Læs online

INTRODUKTION

Forsikringsaftaleloven fra 1929 (i kraft 1. januar 1932) indeholder det tværgående maskineri for skadesforsikringsforholdet: hvornår præmien skal betales, hvornår selskabet kan slippe for ansvar ved risikoændringer, og hvad der sker, når sikrede overtræder en sikkerhedsforskrift eller forsømmer at begrænse skaden. Loven er efter § 3 som udgangspunkt deklaratorisk, men netop på disse felter har lovgiver lagt præceptive værn ind — §§ 12-16 ved forbrugerforsikring, § 51, stk. 2 og § 52, stk. 2. Praksis skabes helt overvejende af Ankenævnet for Forsikring, og mønsteret er gennemgående: selskaberne taber, når de ikke kan dokumentere, at de formelle krav er overholdt, og de vinder, når bevisbyrden for årsagssammenhæng vender tilbage på sikrede.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Forsikringsaftaleloven er som udgangspunkt deklaratorisk, jf. § 3, men §§ 12-16 kan ved forbrugerforsikring ikke fraviges til skade for forsikringstageren eller sikrede, jf. § 17, stk. 1.

02 En opsigelse på grund af præmierestance er kun gyldig, hvis den både angiver, at forsikringsaftalen ophører ved manglende betaling, OG oplyser om genoplivningsmuligheden efter § 14 — og fristerne løber først fra det tidspunkt, hvor disse oplysninger faktisk er givet.

03 Rykkerbreve, der alene truer med, at »retten til erstatning bortfalder«, opfylder ikke § 13, stk. 2; forsikringen er da fortsat i kraft på skadestidspunktet, uanset at præmien ikke er betalt.

04 Selskabet bærer bevisbyrden for, at en i policen bestemt angivet fareomstændighed rent faktisk er ændret; en sjælden og kortvarig afvigelse fra den registrerede beskæftigelse udgør ikke fareforøgelse efter § 45.

05 Ønsker selskabet at begrænse sit ansvar ved fareforøgelse, skal policen efter § 99 tydeligt angive både hvilke bestemte fareforøgelser der har betydning, og hvilken virkning de skal have.

06 Ved fareforøgelse er hovedvirkningen ansvarsfrihed efter § 45, stk. 1, men kun hvis selskabet slet ikke ville have tegnet forsikringen; ellers hæftes forholdsmæssigt efter § 45, stk. 2.

07 Ved sø-, transport- og garantiforsikring gælder i stedet en ren kausalitetsregel efter § 45, stk. 3: selskabet hæfter, i det omfang fareforøgelsen har været uden indflydelse på forsikringsbegivenheden eller skadens størrelse.

08 Ved sikkerhedsforskrifter efter § 51, stk. 1 er bevisbyrden delt: selskabet skal godtgøre, at forskriften er tilsidesat, mens sikrede herefter skal godtgøre, at forsikringsbegivenhedens indtræden eller omfang ikke skyldes overtrædelsen.

09 Vilkår, der fritager selskabet i videre omfang end § 51, stk. 1 — fx dækningsundtagelser der gælder uanset sikredes gode tro — er uden retsvirkning efter § 51, stk. 2, og omkvalificeres i praksis til almindelige sikkerhedsforskrifter.

10 Klausuler om manglende eller mangelfuld vedligeholdelse anses efter fast nævnspraksis for sikkerhedsforskrifter efter § 51, med den følge at selskabet har bevisbyrden for tilsidesættelsen.

11 Redningspligten efter § 52, stk. 1 fritager kun selskabet for skade, der kan antages foranlediget af en forsætlig eller groft uagtsom forsømmelse — og strengere virkninger kan ikke aftales med retsvirkning, jf. § 52, stk. 2.

12 Lov nr. 434 af 10. juni 2003 ophævede selskabets særlige korte opsigelsesadgang ved gentagne sikkerhedsforskriftsovertrædelser, mens den tilsvarende adgang ved fareforøgelse i § 47 blev bevaret.

§ 1 Lovens arkitektur: deklaratorisk hovedregel med præceptive værn

Forsikringsaftaleloven blev til som et nordisk lovsamarbejde. Af de almindelige bemærkninger til det oprindelige lovforslag (fremsat i Landstinget 6. november 1929) fremgår, at forslaget hvilede på et udkast fra en kommission nedsat ved kgl. kommissorium af 6. februar 1919, som arbejdede sammen med tilsvarende kommissioner i Sverige, Norge og Finland.

Den grundlæggende afvejning bag loven beskrives sådan i forarbejderne:

> *Afgørelsen af, i hvilket Omfang Lovens Regler bør være ufravigelige, har beroet paa en Afvejelse af, til den ene Side ikke uden vægtige Grunde at gøre Indgreb i det i dansk Ret gældende Princip om Kontraktsfrihed, til den anden Side at træffe Bestemmelser til Værn for Forsikringstageren og den sikrede.*

Hovedreglen står i § 3: lovens bestemmelser gælder kun, »for så vidt de ikke udtrykkeligt er erklæret for ufravigelige eller deres ufravigelighed følger af andre retsregler«, og hvis ikke andet er udtrykkeligt aftalt. Lovgiver tillagde imidlertid også de deklaratoriske regler selvstændig værdi:

> *disse Bestemmelser [har] dog den Betydning, at de ved at angive den almindelige Regel modvirker ubillige Bestemmelser i de enkelte Forsikringspolicer, og at de faar Gyldighed paa alle Omraader, hvor særlige Aftaler ikke maatte være truffet.*

Denne dobbelthed er nøglen til hele området. Justitsministeriet formulerede det i 2003 sådan, at loven »i vid udstrækning har karakter af en beskyttelseslov i forhold til forsikringstagerne og de sikrede«, samtidig med at bestemmelserne generelt kan fraviges ved aftale, medmindre andet er bestemt, jf. § 3.

De præceptive øer i det deklaratoriske hav er for denne oversigts vedkommende tre:

- **§ 17, stk. 1** — ved forbrugerforsikring kan §§ 12-16 ikke fraviges til skade for forsikringstageren eller den sikrede.
- **§ 51, stk. 2** — aftale, der i videre omfang fritager selskabet ved overtrædelse af sikkerhedsforskrifter, er uden retsvirkning.
- **§ 52, stk. 2** — det kan ikke med retsvirkning aftales, at forsømt redningspligt skal have strengere virkninger end lovens.

Afgrænsningen mod erhvervsforhold er reel. Uden for forbrugerforsikring gælder § 17's præceptivitet ikke, og erhvervspolicer kan derfor lovligt indeholde afvigende præmievilkår. At erhvervsforsikring dog ikke er retsløst land, illustrerer **BS-40247/2022-SHR**, hvor Sø- og Handelsretten i en stormskadesag om forholdet mellem en masterpolice og en lokalpolice prøvede vilkårene efter aftalelovens § 36 sammenholdt med forsikringsaftalelovens § 1.

LOV `Aftaleloven § 36` `Forsikringsaftaleloven § 3` `Forsikringsaftaleloven § 17, stk. 1` `Forsikringsaftaleloven § 51, stk. 2` `Forsikringsaftaleloven § 52, stk. 2`

PRAKSIS **Sø- og Handelsretten** · Tvist om forsikringsdækning ved stormskade: Masterpolice vs. lokalpolice og tilbagebetalingskrav 26.01.2024

§ 2 2003-reformen: den samlede revision af §§ 12-17 og ophævelsen af det gamle § 51, stk. 2

Den nuværende affattelse af præmiereglerne stammer ikke fra 1929, men fra **lov nr. 434 af 10. juni 2003** (LOV nr 434 af 10/06/2003), der trådte i kraft 1. juli 2004 og finder anvendelse på præmie, der forfalder til betaling efter ikrafttrædelsen.

Baggrunden var en folketingsbeslutning af 18. december 1998, der pålagde regeringen at nedsætte et udvalg til revision af loven. Udvalget — med landsdommer Lars Lindencrone Petersen som formand og med repræsentanter for bl.a. Dommerforeningen, Forbrugerrådet, Forsikring & Pension og Advokatrådet — afgav **betænkning nr. 1423/2002 om forsikringsaftaleloven**. Udvalget fandt ikke behov for en helt ny lov:

> *Den gældende lov er indarbejdet i praksis, og der er gennem årene bl.a. i retspraksis og hos Ankenævnet for Forsikring sket en afklaring af mange af de fortolknings- og tvivlsspørgsmål, som loven har givet anledning til.*

Denne bemærkning er i sig selv forklaringen på, hvorfor en praksisoversigt over FAL's almindelige del i det væsentlige må bygge på nævnskendelser: lovgiver har udtrykkeligt regnet Ankenævnet for Forsikring som den instans, der udfylder loven.

Reformen greb ind på to punkter af direkte betydning her:

Ændring	Indhold	Virkning
§ 1, nr. 5	§§ 12-17 nyaffattet i deres helhed	Ny påkravsordning, ny opsigelsesprocedure og en ny »genoplivningsregel« i § 14

§ 1, nr. 13	§ 51, stk. 2 ophævet; stk. 3 bliver stk. 2	Selskabets korte opsigelsesadgang ved sikkerhedsforskriftsovertrædelser bortfaldt

Det er værd at være præcis med, hvad ophævelsen af § 51, stk. 2 indebar. Det ophævede stykke lød i den dagældende affattelse (LBK nr. 726 af 24. oktober 1986):

> *Vidner undladelsen af at efterkomme forskrifterne om en forsømmelighed, som lader befrygte, at forskriften også i fremtiden vil blive overtrådt, eller er der i øvrigt grund til at befrygte, at nye overtrædelser vil finde sted, kan selskabet opsige aftalen med en uges — hvis forsikringstageren har bopæl i Grønland, en måneds — varsel.*

Det var altså **ikke** forbuddet mod skærpende aftalevilkår, der blev ophævet. Det gamle stk. 3 med præceptivitetsreglen rykkede blot op og er i dag § 51, stk. 2 og fuldt gældende. Resultatet er en asymmetri, som er let at overse: ved **fareforøgelse** har selskabet fortsat en særlig opsigelsesadgang med en uges varsel efter § 47, mens den tilsvarende adgang ved **sikkerhedsforskrifter** blev fjernet i 2004. Selskabet er ved forskriftsovertrædelser henvist til de almindelige opsigelsesregler og til policens egne vilkår.

Loven er senest konsolideret ved LBK nr. 1237 af 9. november 2015, og der foreligger ingen vedtagne, men endnu ikke konsoliderede ændringer af §§ 13 eller 51.

LOV Forsikringsaftaleloven § 47 Forsikringsaftaleloven § 51, stk. 2

§ 3 Præmiebetaling: påkravsfristen og den todelte opsigelsesprocedure i §§ 12-13

Systemet i §§ 12-17 er stramt tidsstyret og efterlader lidt plads til improvisation.

§ 12, stk. 1 fastsætter, at præmien skal betales senest **21 dage efter selskabets påkrav**. Efter § 12, stk. 2 er forbehold om, at selskabets ansvar først indtræder, når første præmie er betalt eller policen udleveret, ugyldigt — selskabet er altså på risiko fra aftalen, uanset om der er betalt.

Betales der ikke rettidigt, kan selskabet efter § 13, stk. 1 opsige aftalen, men to frister skal respekteres samtidig:

- Opsigelse kan **tidligst** ske 14 dage efter udløbet af betalingsfristen efter § 12, stk. 1.
- Aftalen ophører først, hvis præmien ikke er betalt **senest 21 dage efter opsigelsen**.

Dertil kommer det afgørende indholdskrav i § 13, stk. 2, som i praksis er dér, sagerne afgøres:

> *Opsigelsen skal angive, at forsikringsaftalen ophører, hvis præmien ikke betales inden den fastsatte frist, og skal oplyse om muligheden efter § 14 for at bringe forsikringsaftalen til at løbe på ny. Fristerne efter stk. 1, 1. pkt., og § 14, 2. pkt., regnes først fra det tidspunkt, hvor disse oplysninger er givet.*

Sanktionen er indbygget i bestemmelsen selv: mangler oplysningerne, begynder fristerne slet ikke at løbe. Selskabet kan altså sende nok så mange rykkere — uden det rigtige indhold ophører forsikringen ikke.

En særlig lempelse gælder ved **første præmie**. Efter § 17, stk. 2 kan det her aftales, at aftalen ophører, hvis præmien ikke betales inden en rimelig frist efter påkrav. Denne undtagelse forudsætter dog en aftale — den kan ikke læses ind i policen efterfølgende.

LOV Forsikringsaftaleloven § 12, stk. 1, 2 | Forsikringsaftaleloven § 13, stk. 1, 2 | Forsikringsaftaleloven § 17, stk. 2

§ 4 Nævnspraksis om præmierestance: rykkerbreve der ikke opfylder § 13, stk. 2

Ankenævnets praksis på dette felt er usædvanligt konsekvent, og den er dyr for selskaberne, fordi konsekvensen af en formfejl er, at forsikringen var i kraft, da skaden skete.

Den ledende illustration er 91008. Selskabet havde opkrævet præmien 25. januar 2017 med frist 20. februar og sendt to rykkere med overskriften »Har du glemt os?«, der begge alene meddelte, at »hvis ikke du betaler senest 21 dage fra dags dato, bortfalder retten til erstatning«. Forsikringen blev erklæret ophørt 2. april; klageren kom til skade ved et færdselsuheld 16. april. Nævnet fandt opsigelsen ugyldig:

> *Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at selskabet ikke har opsagt klagerens bilforsikring i overensstemmelse med den procedure, som er foreskrevet i forsikringsaftalelovens §§ 12-17.*

Nævnet lagde udtrykkeligt vægt på begge de manglende elementer:

> *Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren i brevene af 11/2 2017 og 7/3 2017 ikke er blevet oplyst, at forsikringsaftalen ophører, hvis præmien ikke betales inden den fastsatte frist, og at brevene ikke indeholder oplysning om muligheden efter § 14 for at bringe forsikringsaftalen til at løbe på ny, jf. forsikringsaftalelovens § 13, stk. 2.*

Afgørelsen viser tre ting af mere generel rækkevidde:

1. **Sondringen mellem »retten til erstatning bortfalder« og »aftalen ophører« er ikke sproglig pedanteri.** Loven kræver, at kunden advares om, at selve aftalen ophører — ikke blot at en enkelt skade ikke dækkes.
2. **Oplysningen om § 14 er et selvstændigt gyldighedskrav.** Nævnet henviste til sine tidligere kendelser 89.968, 89.686, 76.195 og 75.757, der fastslår samme princip.
3. **Digital forkyndelse redder ikke et mangelfuldt indhold.** Selskabet gjorde gældende, at alt var sendt til e-Boks og dermed kommet frem. Det var uden betydning, når indholdet ikke opfyldte § 13, stk. 2.

Samme mønster ses i 92109, hvor mangelfulde rykkerskrivelser førte til dækning for en **brandskade** trods manglende præmiebetaling — her afgjort med henvisning til §§ 12, 13, 14, 17 og 24. Regelsættet var tilsvarende til prøvelse i 95112, hvor nævnet ud over §§ 12-14 og 17 tillige inddrog aftalelovens § 38 b om fortolkning af forbrugervilkår.

At problemstillingen er aktuel, viser 102583 fra april 2025 om opsigelse af en lønsikring. Sagen kobler præmiereglerne i §§ 12-14 med § 33 og illustrerer et tilbagevendende stridspunkt: hvem bærer risikoen for, at selskabets meddelelser når frem, når forsikringstagerens adresseforhold har ændret sig. Efter § 13, stk. 2 løber fristerne først, når oplysningerne **er givet** — hvilket gør spørgsmålet om meddelelsens fremkomst til et gyldighedsspørgsmål og ikke blot et bevisspørgsmål.

LOV Aftaleloven § 38b | Forsikringsaftaleloven § 13, stk. 2 | Forsikringsaftaleloven § 14 | Forsikringsaftaleloven § 33

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Opsigelse af Lønsikring Grundet Manglende Præmiebetaling og Adresseforhold 09.04.2025

Ankenævnet for Forsikring · If Skadeforsikring: Afvisning af dækning for bilskade grundet manglende præmiebetaling	20.01.2021
Ankenævnet for Forsikring · Dækning for brandskade trods manglende præmiebetaling grundet mangelfulde rykkerskrivelser	21.11.2018
Ankenævnet for Forsikring · GF-Forsikring: Afvisning af dækning efter færdselsuheld grundet manglende præmiebetaling	10.01.2018

§ 5 Genoplivning efter § 14 og selskabets præmieret ved ophør

Genoplivningsreglen i § 14 var en af nyskabelserne i 2003-reformen. Justitsministeriet beskrev den som »en ny »genoplivningsregel«, der i særlige tilfælde giver mulighed for at »genoplive« en forsikring, der er opsagt af forsikringsselskabet på grund af manglende præmiebetaling«.

Betingelserne er kumulative:

- Den for sene betaling skal skyldes **særligt undskyldende omstændigheder**.
- Præmien samt eventuelle renter og omkostninger skal betales **uden ugrundet ophold** efter betalingshindringens ophør.
- Betaling skal ske senest **3 måneder** efter udløbet af opsigelsesfristen efter § 13, stk. 1.
- Er aftalen indgået for en bestemt periode, skal betaling tillige ske inden periodens udløb.

Virkningen er fremadrettet, ikke tilbagevirkende: aftalen løber på ny »fra dagen efter, at betaling sker«. En skade indtruffet i mellemperioden dækkes derfor ikke af genoplivningen. Det er præcis derfor, § 13, stk. 2's oplysningskrav har så stor praktisk vægt — en forsikringstager, der ikke får at vide, at § 14 findes, mister reelt muligheden for at handle inden for fristen. Lovgiver har koblet de to bestemmelser sammen, så manglende § 14-oplysning suspenderer fristen i § 14, 2. pkt.

Ophører aftalen, regulerer § 16 selskabets præmieret. Opsiger selskabet efter en bestemmelse i loven, har det efter § 16, stk. 1 ret til den præmie, som skulle have været betalt, hvis forsikringen kun havde været tegnet for den forløbne tid — altså korttidspræmie. Ophører aftalen af andre grunde, er retten efter § 16, stk. 2 blot forholdsmæssig (pro rata temporis). Efter § 17, stk. 3 gælder § 16 ikke for livsforsikringer.

Spejlvendt gælder, at selskabet har ret til præmien, så længe det bærer risikoen. I 92840 havde en ejendom været dobbeltforsikret i 17 år, uden at nogen af selskaberne vidste det. Nævnet afviste tilbagebetaling ud over de allerede refunderede tre år:

> *Nævnet bemærker, at det er klagerens ansvar at sørge for, at der sker opsigelse af forsikringer, som ikke ønskes fortsat. Nævnet bemærker videre, at selskabet er i risiko i tilfælde af en forsikringsbegivenhed, indtil forsikringen er opsagt. Klageren har derfor ikke krav på tilbagebetaling af præmie i tilfælde af dobbeltforsikring af samme risiko i to forsikringsselskaber, hvis selskabet er uden skyld i, at der er foretaget dobbeltforsikring.*

Kravene blev desuden anset for periodiske ydelser undergivet selvstændig 3-årig forældelse for hver betaling, jf. forældelseslovens § 3, stk. 1. Tvister om selve præmiens **størrelse** — til forskel fra betalingen — falder uden for §§ 12-17 og afgøres efter policens vilkår, jf. 102882 om præmien for en bilforsikring efter ejerskifte.

At ophør har konsekvenser langt uden for forholdet mellem selskab og forsikringstager, viser 314/2019-sagen om panthaverbeskyttelse fra Det finansielle ankenævn (**52/2023**). Ejendommen nedbrændte i 2022, og det viste sig, at der ikke havde været nogen aktiv brandforsikring. Nævnet fastslog, at det var låntagers eget ansvar at

opretholde forsikringen, og at realkreditinstituttet efter § 87, stk. 1 berettiget kunne forudsætte fortsat dækning, når det aldrig havde modtaget meddelelse om ophør. Instituttet bevarede derfor retten til at gøre restgælden gældende som personlig fordring, selv om pantet var gået tabt.

LOV Forsikringsaftaleloven § 14 · Forsikringsaftaleloven § 16, stk. 1, 2 · Forsikringsaftaleloven § 17, stk. 3 · Forsikringsaftaleloven § 87, stk. 1 · Forældelsesloven § 3, stk. 1

PRAKSIS
- **Ankenævnet for Forsikring** · Uenighed om præmiens størrelse for bilforsikring efter ejerskifte — 11.06.2025
- **Ankenævnet for Forsikring** · Krav om tilbagebetaling af præmie ved 14 års dobbeltforsikring af fast ejendom — 26.06.2019
- **Det finansielle ankenævn** · Ansvar for brandforsikring ved realkreditlån: Nordea Kredits ret til personlig fordring efter ejendomsbrand — 22.12.2023

§ 6 Fareforøgelse efter §§ 45-48: policekravet, virkningerne og særreglen for transportforsikring

Fareforøgelsesreglerne bygger på en enkel tanke: selskabet har prissat en bestemt risiko, og hvis sikrede med vilje ændrer den, skal aftalens forudsætninger korrigeres. Men adgangen er indsnævret på flere led.

§ 45, stk. 1 kræver fire ting samtidig: en **i policen bestemt angivet** fareomstændighed, en ændring sket **med den sikredes vilje**, en risikoforøgelse **ud over hvad der ved aftalens afslutning kan antages at være taget i betragtning**, og – for fuld ansvarsfrihed – at selskabet slet ikke ville have overtaget forsikringen med kendskab til forholdene.

Er den sidste betingelse ikke opfyldt, er virkningen mildere. Efter § 45, stk. 2 hæfter selskabet, »som det mod den aftalte præmie ville have fortsat forsikringen« – altså en pro rata-nedsættelse parallel med § 6, stk. 2 om urigtige risikooplysninger.

For **sø-, transport- og garantiforsikring** gælder efter § 45, stk. 3 i stedet en ren kausalitetsregel: selskabet er kun ansvarligt, i det omfang fareforøgelsen har været uden indflydelse på forsikringsbegivenhedens indtræden eller skadens størrelse. Her erstattes altså pro rata-tankegangen af et årsagskrav.

Tre supplerende bestemmelser strammer rammen om selskabet:

- **§ 46** – undlader sikrede uden gyldig grund at underrette selskabet om en fareforøgelse, der ikke er sket med hans vilje, anses ændringen som hidført med hans vilje. Passivitet sidestilles altså med aktiv handling.
- **§ 48** – vil selskabet påberåbe sig fareforøgelse, må det efter erhvervet kundskab **uden unødigt ophold** give sikrede meddelelse om, hvorvidt det vil gøre nogen ret efter §§ 45-47 gældende. Reglen er en reklamationsregel: selskabet kan ikke gemme indsigelsen til skadesopgørelsen.
- **§ 99** – ønsker selskabet at begrænse sit ansvar ved fareforøgelse, må det i policen **tydeligt angive**, hvilke bestemte fareforøgelser der skal have betydning, og hvilken virkning de skal have.

§ 99 er den bestemmelse, der oftest afskærer selskabet i praksis. Sammenholdt med § 45, stk. 1's krav om en »i policen bestemt angivet fareomstændighed« betyder den, at generelle forbehold om »ændringer i risikoen« ikke rækker. Det skal kunne læses ud af policen, hvad der udløser hvad.

Hertil kommer selskabets adgang efter § 47 til at opsige forsikringen med **en uges varsel** — uanset om fareforøgelsen er hidført med eller uden sikredes vilje. Det er som nævnt netop denne type kort opsigelsesadgang, der i 2004 forsvandt på sikkerhedsforskriftsområdet.

LOV Forsikringsaftaleloven § 6, stk. 2 Forsikringsaftaleloven § 45, stk. 1-3 Forsikringsaftaleloven § 46 Forsikringsaftaleloven § 47 Forsikringsaftaleloven § 48 Forsikringsaftaleloven § 99

§ 7 Bevisbyrden ved fareforøgelse: selskabet skal godtgøre, at forholdene faktisk har ændret sig

Praksis viser, at fareforøgelse sjældent bærer selskabets afvisning alene. Det skyldes bevisbyrden.

Den klareste illustration er 90258. En direktør med en ulykkesforsikring tegnet i 2002 var registreret i risikogruppe 1 (»intet eller let manuelt arbejde«). Han kom til skade i 2015, da han steg ned fra en gaffeltruck, som han brugte til at flytte en palle. Selskabet nedsatte erstatningen pro rata under henvisning til, at truckkørsel hørte til en højere fareklasse, og påberåbte sig både § 6 og fareforøgelsesreglen for personforsikring i § 121.

Nævnet afviste begge grundlag. Om fareforøgelsen udtalte nævnet:

> *Der er i sagen ikke oplysninger om, at der er sket ændringer i arten eller omfanget af klagerens beskæftigelse siden tegningen af forsikringen i 2002. Selskabet har derfor ikke bevist, at der er sket en fareforøgelse som anført i forsikringsbetingelsernes punkt 7.1.*

Om selve klassifikationen bemærkede nævnet, at selskabets eget materiale beskrev fareklassen som »alm. arbejde på lager/pakhus hvor der køres med/anvendes truck« og dermed gav »indtryk af, at arbejde med truck skal indgå som en væsentlig del af arbejdet«. En aktivitet udført ca. fire gange årligt kunne ikke bære en omklassificering.

Afgørelsen fastlægger to principper med bredere rækkevidde:

- **Selskabet har bevisbyrden** for, at der er indtrådt en ændring i arten eller omfanget af den forsikrede aktivitet. Det er ikke nok at konstatere, at en risikofyldt handling er foretaget.
- **En ændring i selskabets egen tarifering er ikke en fareforøgelse hos kunden.** Selskabet havde i 2009 ændret antallet af risikogrupper fra 6 til 4, men klagerens beskæftigelse var uændret.

Hvor policens egne oplysninger derimod objektivt ikke passer på virkeligheden, slår § 45 igennem. I 99235 var beboelsesarealet på en landbrugsejendom væsentligt større end angivet i policen, og nævnet afgjorde spørgsmålet om underforsikring og forholdsmæssig erstatning efter brandskaden med henvisning til § 45, stk. 1 og 2.

Grænsefladen til oplysningspligten ved tegning er tæt. I 97863 var en selvstændig indtegnet som »kontor, m/rejser indtil 30 dage årligt«, men udførte reelt kørselsopgaver. Selskabet påberåbte sig primært § 6, stk. 2 og **subsidiært § 45**. Nævnet fandt, at der uagtsomt var afgivet urigtige oplysninger ved tegningen, og godkendte den forholdsmæssige nedsættelse efter § 6, stk. 2 — uden at nå til fareforøgelsen. Det er det typiske mønster: forkerte oplysninger *ved tegningen* hører under §§ 4-10, mens § 45 forudsætter en *efterfølgende* ændring. Om oplysningspligten ved tegning henvises til oplysningspligt-fal.

LOV Forsikringsaftaleloven § 6, stk. 2 | Forsikringsaftaleloven § 45, stk. 1, 2 | Forsikringsaftaleloven § 121

PRAKSIS
- **Ankenævnet for Forsikring** · Underforsikring og forholdsmæssig erstatning efter brandskade på landbrugsejendom — 27.09.2023
- **Ankenævnet for Forsikring** · Sag om nedsættelse af ulykkesforsikringserstatning grundet urigtige oplysninger om erhverv — 31.08.2022
- **Ankenævnet for Forsikring** · Tryg Forsikring A/S dækker fuldt ud trods kortvarig brug af gaffeltruck — 21.02.2018

§ 8 Sikkerhedsforskrifter efter § 51: den delte bevisbyrde

§ 51, stk. 1 er formuleret som en undtagelse fra sikredes krav, men konstruktionen er i realiteten en **omvendt bevisbyrde til sikredes ugunst — efter at selskabet har løftet sin egen**:

> *… har den sikrede kun krav mod selskabet, når og for så vidt det må anses godtgjort, at forsikringsbegivenhedens indtræden eller omfang ikke skyldes overtrædelse af disse forskrifter.*

Bevisbyrden er dermed todelt, og rækkefølgen er afgørende:

1. **Selskabet** skal godtgøre, at der foreligger en sikkerhedsforskrift i aftalen, og at den er tilsidesat ved forsømmelse.
2. **Sikrede** skal derefter godtgøre, at forsikringsbegivenhedens indtræden eller omfang ikke skyldes overtrædelsen.

At trin 1 påhviler selskabet, blev udtrykkeligt fastslået i 102138 om rådskader i en udlejningsejendoms tagkonstruktion:

> *Bestemmelsen om manglende vedligeholdelse anses ifølge praksis for at være en sikkerhedsforskrift, jf. forsikringsaftalelovens § 51. Det er således selskabet, der har bevisbyrden for, at sikkerhedsforskriften er tilsidesat.*

Denne omkvalificering er principielt vigtig: en vilkårsbestemt **dækningsundtagelse** for »manglende vedligeholdelse« kan ikke anvendes som en objektiv undtagelse, men skal behandles efter § 51's ramme. I den konkrete sag løftede selskabet dog bevisbyrden — fotos viste revner og frostafskallinger i murværket netop dér, hvor rådskaden var, samt tagpap sluppet ved samlingerne og bagfald, så regnvand stuvede op — og nævnet fandt, at skaderne skyldtes »klagerens væsentlige forsømmelse af vedligehold af tagpaptaget og facaden«.

Når trin 1 er løftet, er sikredes stilling til gengæld svær. I 100952 var et Cartier-smykkesæt til 116.378 kr. stjålet gennem et vindue, som husstandens 15-årige havde ladet stå på klem. Politirapporten angav »via åbent vindue« uden opbrudsmærker, og de tidsnære notater bekræftede forklaringen. Nævnet fandt, at klageren ikke havde godtgjort, at tyveriet ikke skyldtes en uagtsom overtrædelse af sikkerhedsforskriften om forsvarlig aflåsning, og lagde vægt på, at barnet i kraft af sin alder burde have vidst, at et åbent vindue i stueplan øger indbrudsrisikoen. Klagerens senere ændrede forklaringer om et defekt vindue kunne ikke føre til andet resultat, når de stred mod de tidsnære oplysninger.

Tilsvarende blev dækning afvist i 94297, hvor en nødnøgle var opbevaret i handskerummet i strid med § 51, stk. 1, og i 95205, hvor en båd var opbevaret i strid med policens forskrifter og efterfølgende stjålet og brændt af.

Også domstolene anvender rammen. Sø- og Handelsretten tog i **H-131-01**, Erstatningskrav mod Codan A/S, stilling til forsikringsdækning efter en brand og til fortolkningen af sikkerhedsforskrifter — et område hvor spørgsmålet om, hvad forskriften **rækkevidde** er, ofte afgør sagen før bevisbyrden overhovedet aktualiseres.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 51, stk. 1	
PRAKSIS	**Sø- og Handelsretten** · Erstatningskrav mod Codan A/S: Spørgsmål om forsikringsdækning efter brand og fortolkning af sikkerhedsforskrifter	01.04.2003
	Ankenævnet for Forsikring · Ankenævnssag om dækning af rådskade under bygningsforsikring grundet manglende vedligeholdelse	05.03.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for smykker efter indbrud grundet åbent vindue	21.08.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Tyveri og afbrænding af båd opbevaret i strid med sikkerhedsforskrifter	11.08.2021
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på forsikringsdækning ved biltyveri pga. opbevaring af nødnøgle i handskerummet	18.03.2020

§ 9 § 51, stk. 2 i anvendelse: vilkår der skærper lovens ordning er uvirksomme

Præceptivitetsreglen i § 51, stk. 2 er kort, men skarp:

> *Aftale, der går ud på i videre omfang end angivet at fritage selskabet for ansvar, når sådanne forskrifter overtrædes, er uden retsvirkning.*

Den bedste illustration af, hvordan nævnet håndhæver reglen, er 95684. En lystbåd fra 1949 sank i havnen, efter at strømmen til en midlertidig dykpumpe var blevet afbrudt. Selskabet afviste med henvisning til betingelsernes punkt 17.1, hvorefter skader som følge af manglende sødygtighed ikke dækkes — **uanset om forsikringstageren var i god tro herom**.

Nævnet underkendte vilkåret. Bestemmelsen om sødygtighed måtte betragtes som en sikkerhedsforskrift efter § 51, stk. 1, og det vilkår, der fjernede betydningen af sikredes gode tro, var i strid med § 51, stk. 2. Dækning kunne derfor kun bortfalde, hvis forsikringstageren rent faktisk havde handlet uagtsomt.

Kendelsen viser den analytiske vej, nævnet går:

- **Kvalifikation:** Er vilkåret reelt et pålæg om forholdsregler, der skal iagttages før forsikringsbegivenheden for at forebygge den? Så er det en sikkerhedsforskrift — uanset hvad selskabet kalder det, og uanset at det er formuleret som en objektiv dækningsundtagelse.
- **Tilsidesættelse af det overskydende:** I det omfang vilkåret fritager selskabet videre end § 51, stk. 1, er det uvirksomt. Vilkåret falder ikke bort i sin helhed — det reduceres til lovens ordning.
- **Konkret uagtsomhedsvurdering:** Herefter foretages den prøvelse, som vilkåret forsøgte at afskære.

I den konkrete sag tabte klageren alligevel, fordi nævnet fandt uagtsomhed:

> *Nævnet finder, at klageren har handlet uagtsomt i forbindelse med overtrædelsen af sikkerhedsforskriften. Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren monterede en dykpumpe og bestilte tid til ophaling den efterfølgende dag, og at han derefter efterlod båden uden opsyn.*

Det er en vigtig påmindelse om, at § 51, stk. 2 ikke er en dækningsregel, men en vilkårskontrolregel. Den flytter prøvelsen fra vilkårets ordlyd til lovens standard — men den garanterer ikke sikrede et gunstigt udfald.

LOV Forsikringsaftaleloven § 51, stk. 1, 2

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Forsikringsdækning afvist efter lystbåd sank: Krav om sødygtighed som sikkerhedsforskrift 20.01.2021

§ 10 Grænsen mellem sikkerhedsforskrift (§ 51) og grov uagtsomhed (§§ 18-20)

Et af de mest oversete forhold på området er, at næsten identiske faktiske forløb kan afgøres efter to helt forskellige regelsæt med hver sin bevisbyrde. Sagerne om efterladte bilnøgler illustrerer det præcist.

Sag	Faktum	Hjemmel	Bevisbyrde
94297	Nødnøgle i handskerummet	§ 51, stk. 1	Selskabet: forskrift tilsidesat · sikrede: manglende årsagssammenhæng
97833	Nøgler synligt på forsædet, væk 3-4 min.	§ 18, stk. 2	Selskabet: grov uagtsomhed
92943	Nøgle efterladt i ulåst bil	§§ 18 og 20	Selskabet: grov uagtsomhed

Sondringen er ikke akademisk. Under § 51 er det afgørende, om der findes en **konkret forskrift i aftalen**, og om årsagssammenhængen kan afkræftes af sikrede. Under § 18, stk. 2 er det afgørende, om adfærden i sig selv var groft uagtsom — en vurdering, hvor selskabet bærer bevisbyrden fuldt ud, men hvor nævnet arbejder med faste udgangspunkter. I 97833 formulerede nævnet standarden sådan, at det som hovedregel er groft uagtsomt at forlade en bil med nøglerne på sædet, fordi det »fremkalder en indlysende fare for tyveri« — og at hverken kort varighed, landlig beliggenhed eller manglende lommer i en sommerkjole kunne fravige udgangspunktet, når nøglen lå synligt, og føreren var 45 meter væk.

I 100035 om tyveri af en bil med nøgle i tændingen fra en privat indkørsel var det på tilsvarende vis grov uagtsomhed — ikke sikkerhedsforskrifter — der bar afvisningen.

For selskaberne er valget strategisk: § 51 kræver, at man på forhånd har skrevet forskriften ind i policen, men flytter derefter årsagsbevisbyrden over på sikrede. § 18 kræver ingen forudgående vilkårsformulering, men pålægger selskabet at bevise en kvalificeret uagtsomhed. Denne oversigt behandler ikke § 18-vurderingen nærmere; se ansvarsforsikring-forsaet-grov-uagtsomhed og soloulykke-kasko-grov-uagtsomhed samt om identifikation i husstanden fal-19-identifikation-husstand.

LOV Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 2 Forsikringsaftaleloven § 20 Forsikringsaftaleloven § 51, stk. 1

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Sag om afvisning af kaskodækning efter tyveri af bil med nøgle i tændingen 15.11.2023

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning efter tyveri af bil med nøglerne efterladt på forsædet 27.04.2022

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på forsikringsdækning ved biltyveri pga. opbevaring af nødnøgle i handskerummet 18.03.2020

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning ved biltyveri grundet efterladt nøgle i ulåst bil 21.08.2019

§ 11 Redningspligt og tabsbegrænsning efter § 52

§ 52, stk. 1 pålægger sikrede to pligter, når en forsikringsbegivenhed er indtrådt eller umiddelbar fare for dens indtræden foreligger:

- at **afværge eller begrænse skaden** efter evne, og
- at træffe de nødvendige foranstaltninger til **sikring af selskabets dækningskrav** mod tredjemand, indtil selskabet selv kan varetage sit tarv.

Har selskabet givet bestemte forskrifter, skal sikrede så vidt muligt følge dem.

Tærsklen for sanktion er høj. Efter § 52, stk. 2 svarer selskabet ikke for skade, der kan antages foranlediget af pligtens tilsidesættelse — men **kun** hvis tilsidesættelsen er sket forsætligt eller ved grov uagtsomhed. Almindelig uagtsomhed er ikke nok. Og reglen er præceptiv: det kan ikke med retsvirkning aftales, at undladelser skal have strengere virkninger.

Bemærk asymmetrien til § 51: ved sikkerhedsforskrifter, som gælder **før** forsikringsbegivenheden, er simpel uagtsomhed tilstrækkelig til at aktivere den omvendte bevisbyrde. Ved redningspligten, som gælder **under og efter** begivenheden, kræves grov uagtsomhed eller forsæt. Lovgiver har altså stillet lempeligere krav til den, der handler i en akut situation, end til den, der i ro og mag skulle have truffet forebyggende foranstaltninger.

Bestemmelsen har et bredt praktisk anvendelsesområde:

- **Bygningsskader.** I 95646 blev dækning for en vandskade afvist under henvisning til både manglende vedligeholdelse og tabsbegrænsning, og i 99300 blev en vandskade opstået efter nedrivning af nabohuset afvist med henvisning til § 52 sammenholdt med byggelovens § 12, stk. 3.
- **Udlejning.** 94685 angik råd- og svampeskade efter udlejning, hvor § 52 blev sammenholdt med udlejerens retsmidler efter lejelovens § 93, stk. 1 — et eksempel på, at redningspligten også omfatter at gøre brug af de kontraktuelle beføjelser, man har over for tredjemand.
- **Rejse- og afbestillingsforsikring.** Her har § 52 fået fornyet aktualitet. I 101869 blev dækning af en rejses restbeløb afvist som følge af tilsidesat tabsbegrænsningspligt, og i 104460 fra maj 2026 blev det samme resultat nået efter § 52, stk. 2, hvor forsikringstageren betalte rejsens restbeløb, mens en sygdomsudredning stadig var i gang. Mønsteret er, at den, der forøger sit eget tab ved at foretage en betaling, som kunne have været undgået, ikke kan vælte forøgelsen over på selskabet.

En beslægtet — men ikke identisk — figur er den almindelige obligationsretlige tabsbegrænsningspligt, som nævnet anvender selvstændigt. I 99695 havde købere af en ejendom fra 1929 tegnet ejerskifteforsikring 17. maj 2022 og dagen efter fået konstateret murværksskader til ca. 155.000 kr. — men gennemførte alligevel handlen til fuld pris 20. maj, selv om et rådgiverforbehold gav dem adgang til at træde tilbage. Nævnet udtalte:

> *Nævnet finder, at denne afgrænsning af ejerskifteforsikringens dækningsomfang ikke – i strid med den almindelige obligationsretlige pligt til tabsbegrænsning – kan føre til, at en forsikringstager med positivt kendskab til de påberåbte skader, inden købsaftalen er endelig, bevidst kan vælge at acceptere et tab på vegne af ejerforsikringsselskabet.*

LOV Byggeloven § 12, stk. 3 | Forsikringsaftaleloven § 52, stk. 1, 2 | Lejeloven § 93, stk. 1

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Afbestillingsforsikring: Tabsbegrænsningspligten tilsidesat ved betaling af rejsens restbeløb under igangværende sygdomsudredning	06.05.2026
Ankenævnet for Forsikring · Tvist om afbestillingsforsikring: Dækning af restbeløb afvist på grund af tilsidesættelse af tabsbegrænsningspligt	05.03.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af murværksskader grundet tilsidesættelse af tabsbegrænsningspligt ved endeligt boligkøb	13.09.2023
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for vandskade efter nedrivning af nabohus - Tilsidesættelse af tabsbegrænsningspligt	24.05.2023
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af dækning for vandskade grundet manglende vedligeholdelse og tabsbegrænsning	11.08.2021
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for råd- og svampeskade efter udlejning: Tilsidesættelse af tabsbegrænsningspligt?	21.10.2020
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på kaskodækning ved biltyveri grundet grov uagtsomhed og manglende sikring af bilnøgler	20.11.2019

§ 12 God skik-laget: varsling af ændringer og selskabets kort-varsel-opsigelse ved skade

Ved siden af forsikringsaftaleloven ligger et offentligretligt lag, der regulerer, hvordan selskabet må ændre og afvikle aftaleforholdet. Dette lag skaber ikke i sig selv dækning, men det påvirker, hvad selskabet lovligt kan gøre.

De centrale regler findes i bekendtgørelsen om god skik for finansielle virksomheder (nr. 330 af 7. april 2016) og – for forsikringsdistribution – i bekendtgørelsen om god skik for forsikringsdistributører, hvorefter en forsikringsdistributør skal handle redeligt og loyalt over for sine kunder.

Mest relevant her er § 28 i god skik-bekendtgørelsen om varsling. Af vejledningen til bekendtgørelsen fremgår, at alle **væsentlige ændringer til ugunst for kunden** skal varsles inden forsikringsperiodens udløb – typisk hovedforfald:

> *Væsentlige ændringer vil typisk være ændringer af aftalens vilkår, f.eks. præmiestigninger, indskrænkninger af dækningsomfang eller tilsvarende forhold, der reelt bevirker, at der er tale om en ny aftale, som skal accepteres af kunden.*

Formålet er at give kunden mulighed for at opsige uden omkostninger, hvis ændringen ikke kan accepteres, mens den, der kan acceptere den, blot fortsætter præmiebetalingen. Varslingen skal ske individuelt, på papir eller andet varigt medium, og være **selvbærende** – kunden skal kunne vurdere fordele og ulemper alene på grundlag af varslingsbrevet. Fristen er mindst 30 dage inden det tidspunkt, hvor selskabet kan opsige aftalen.

Vejledningen anerkender samtidig udtrykkeligt selskabets adgang til kort opsigelse i særlige situationer:

> *Bestemmelsen er ikke til hinder for, at forsikringsaftaler kan indeholde vilkår om, at forsikringsselskabet i særlige situationer kan opsige forsikringen med et kort varsel. Eksempelvis at selskabet kan opsige en bygningsbrandforsikring, hvis bygningen ikke er forsvarligt indrettet mod brandfare, eller hvis bygningen er forladt, eller at forsikringen kan opsiges med et 14 dages varsel i tilfælde af skade.*

To forhold undtages fra varslingspligten: ændringer, der følger af **anden lovgivning** (fx nye lovbestemte bidrag eller afgifter), skal blot oplyses på den førstkommende årlige oversigt, og ændringer, der sker i overensstemmelse

med **vilkår om ændring, der klart fremgår af aftalen** — fx bonusklasseskift efter et bestemt antal skader eller indeksregulering — skal slet ikke varsles.

Samspillet med forsikringsaftaleloven er værd at holde adskilt. God skik-reglerne håndhæves af Finanstilsynet og er ikke i sig selv en dækningsregel: en tilsidesat varslingspligt gør ikke automatisk en skade dækket. Omvendt kan et vilkår, der er lovligt efter god skik-reglerne — fx 14 dages opsigelse ved skade — være uvirksomt efter § 51, stk. 2 eller § 52, stk. 2, hvis det reelt skærper lovens ansvarsfrihedsordning. De to regelsæt prøver forskellige spørgsmål.

LOV Forsikringsaftaleloven § 51, stk. 2 Forsikringsaftaleloven § 52, stk. 2

§ 13 Ankenævnet som den primære praksisskaber — og vejen videre til domstolene

En praksisoversigt over FAL's almindelige del må nødvendigvis bygge overvejende på nævnskendelser. Det er ikke en svaghed ved materialet, men en konsekvens af, hvordan området fungerer — og noget lovgiver selv har lagt til grund. Som anført i forarbejderne til 2003-reformen er der »gennem årene bl.a. i retspraksis og hos Ankenævnet for Forsikring sket en afklaring af mange af de fortolknings- og tvivlsspørgsmål, som loven har givet anledning til«.

Forklaringen er strukturel. Sagerne er typisk for små til at bære en retssag; nævnsbehandlingen er billig; og selskaberne følger som hovedregel kendelserne. Domstolene ser derfor især de sager, hvor beløbene er store, eller hvor et selskab ikke vil følge en kendelse.

Samspillet mellem de to spor illustreres af Højesterets kendelse af 4. juni 2026, 60197/2025. Ankenævnet for Forsikring havde 2. november 2022 fundet, at selskabet havde løftet bevisbyrden for, at der ikke forelå en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed ved en husbrand. Forsikringstageren anlagde herefter civilt søgsmål, tabte i byretten, og fik anken afvist af Vestre Landsret efter retsplejelovens § 368 a. Højesteret ophævede afvisningen og udtalte principielt:

> *Højesteret finder, at det som udgangspunkt har en sådan betydning at blive dømt i en forsikringssag om forsætlig fremkaldelse af brand på en ejendom, at afvisning af den dømtes anke efter retsplejelovens § 368 a kun kan finde sted, hvis der foreligger særlige omstændigheder.*

Kendelsen understreger, at nævnets afgørelse ikke afskærer domstolsprøvelse, og at forsikringssager med indgribende karakter nyder en styrket adgang til toinstansbehandling.

Domstolene bidrager desuden med den systematiske afklaring, som enkeltkendelser ikke kan levere. Et eksempel er Østre Landsrets dom i **BS-24997/2020-OLR**, Dobbeltforsikring: Husforsikring vs. Ejerskifteforsikring ved rådskade, hvor landsretten — i modstrid med hidtidig brancheprakis og nævnspraksis — fastslog, at ejerskifteforsikringen er en skadesforsikring omfattet af §§ 41-44 om dobbeltforsikring:

> *Da der er tale om en skadesforsikring, er en ejerskifteforsikring derfor omfattet af forsikringsaftalelovens afsnit II om skadesforsikringer, herunder reglerne i §§ 41-44 om dobbeltforsikring.*

Landsretten bemærkede udtrykkeligt, at praksis fra Ankenævnet for Forsikring ikke gav grundlag for et andet resultat. Dobbeltforsikring ligger uden for denne oversigt, men afgørelsen viser præcist, hvornår domstolssporet

får betydning: når et principielt spørgsmål om lovens systematik skal afgøres på tværs af en indarbejdet, men uholdbar praksis.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 41 · Retsplejeloven § 368a	
PRAKSIS	**Højesteret** · Afvisning af ankesag i forsikringssag om forsætlig brandstiftelse kræver særlige omstændigheder efter retsplejelovens § 368 a	04.06.2026
	Landsretten · Dobbeltforsikring: Husforsikring vs. Ejerskifteforsikring ved rådskade	17.03.2023

§ 14 Sammenfatning: hvor sagerne vindes og tabes

På tværs af de fire hovedspor tegner der sig et sammenhængende billede, som kan sammenfattes i én iagttagelse: **bevisbyrden og formkravene afgør stort set alt.**

Præmiebetaling. Selskabet taber, når rykker- og opsigelsesskrivelserne ikke opfylder § 13, stk. 2. Kravene er to og skal begge være opfyldt: det skal angives, at *aftalen ophører*, og der skal oplyses om genoplivningsmuligheden efter § 14. Mangler ét af dem, begynder fristerne aldrig at løbe, og forsikringen er i kraft, når skaden sker — som i 91008 og 92109. Ved forbrugerforsikring kan dette ikke aftales væk, jf. § 17, stk. 1.

Fareforøgelse. Selskabet taber, når det ikke kan påvise, at en *i policen bestemt angivet* fareomstændighed rent faktisk har ændret sig, jf. 90258. Reglen kræver reelt forberedelse ved tegningen: § 99 forlanger, at policen tydeligt angiver både hvilke fareforøgelser der har betydning, og hvilken virkning de har, og § 48 forlanger, at indsigelsen rejses uden unødigt ophold. Hvor policens oplysninger objektivt ikke svarer til virkeligheden, slår § 45, stk. 2's forholdsmæssige nedsættelse dog igennem, jf. 99235.

Sikkerhedsforskrifter. Her er balancen omvendt. Løfter selskabet bevisbyrden for tilsidesættelsen — hvilket tidsnære notater, politirapporter og fotodokumentation ofte gør muligt, jf. 100952 og 102138 — er sikredes opgave med at godtgøre manglende årsagssammenhæng erfaringsmæssigt vanskelig. Til gengæld kontrollerer § 51, stk. 2 vilkårene: forsøg på at gøre dækningen uafhængig af sikredes uagtsomhed reduceres til lovens ordning, jf. 95684.

Redningspligt. § 52 fritager kun selskabet ved forsætlig eller groft uagtsom forsømmelse — en markant højere tærskel end § 51's simple uagtsomhed. Bestemmelsen er samtidig præceptiv efter § 52, stk. 2 og suppleres af den almindelige obligationsretlige tabsbegrænsningspligt, som nævnet anvender selvstændigt, jf. 99695.

Tre tværgående pointer fortjener at blive fremhævet:

1. **Kvalifikationen kommer før alt andet.** Om et vilkår er en sikkerhedsforskrift (§ 51), en fareforøgelsesklausul (§ 45, jf. § 99) eller en objektiv dækningsundtagelse afgør både bevisbyrde og gyldighed — og selskabets egen etikettering er ikke afgørende, jf. 95684 og 102138.
2. **De præceptive regler er få, men de er ubetingede.** Uden for §§ 12-16 (ved forbrugerforsikring), § 51, stk. 2 og § 52, stk. 2 gælder § 3's udgangspunkt om aftalefrihed — hvilket gør erhvervspolicer til et markant anderledes landskab.
3. **Retstilstanden er stabil.** Loven er konsolideret ved LBK nr. 1237 af 9. november 2015, og der foreligger ingen vedtagne, men endnu ikke konsoliderede ændringer af de behandlede bestemmelser. Den seneste substantielle reform er fortsat 2003-loven med virkning fra 1. juli 2004.

Om de tilgrænsende spørgsmål henvises til oplysningspligt-fal (§§ 4-10 ved tegning), forsikringspolice-uklarhed (fortolkning af vilkårene), fal-29-foraeldelse-anmeldelsesfrist (§ 29), erstatningsopgoerelse-nyvaerdi-dagsvaerdi og subrogation-regres-forsikring.

LOV

Forsikringsaftaleloven § 3 · Forsikringsaftaleloven § 13, stk. 2 · Forsikringsaftaleloven § 14 · Forsikringsaftaleloven § 17, stk. 1 · Forsikringsaftaleloven § 45, stk. 2 · Forsikringsaftaleloven § 48 · Forsikringsaftaleloven § 51, stk. 2 · Forsikringsaftaleloven § 52, stk. 1, 2 · Forsikringsaftaleloven § 99

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Ankenævnssag om dækning af rådskade under bygningsforsikring grundet manglende vedligeholdelse	05.03.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for smykker efter indbrud grundet åbent vindue	21.08.2024
Ankenævnet for Forsikring · Underforsikring og forholdsmæssig erstatning efter brandskade på landbrugsejendom	27.09.2023
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af murværksskader grundet tilsidesættelse af tabsbegrænsningspligt ved endeligt boligkøb	13.09.2023
Ankenævnet for Forsikring · Forsikringsdækning afvist efter lystbåd sank: Krav om sødygtighed som sikkerhedsforskrift	20.01.2021
Ankenævnet for Forsikring · Dækning for brandskade trods manglende præmiebetaling grundet mangelfulde rykkerskrivelser	21.11.2018
Ankenævnet for Forsikring · Tryg Forsikring A/S dækker fuldt ud trods kortvarig brug af gaffeltruck	21.02.2018
Ankenævnet for Forsikring · GF-Forsikring: Afvisning af dækning efter færdselsuheld grundet manglende præmiebetaling	10.01.2018

REFERENCE Lovgrundlag

10 paragraffer

Forsikringsaftaleloven § 3		Forsikringsaftaleloven § 12	stk. 1, 2
Forsikringsaftaleloven § 13	stk. 1, 2	Forsikringsaftaleloven § 14	
Forsikringsaftaleloven § 17	stk. 1	Forsikringsaftaleloven § 45	stk. 1-3
Forsikringsaftaleloven § 48		Forsikringsaftaleloven § 51	stk. 1, 2
Forsikringsaftaleloven § 52	stk. 1, 2	Forsikringsaftaleloven § 99	

MATERIALE Citerede afgørelser

29 afgørelser

HØJESTERET · ØVERSTE INSTANS 1

04.06.2026	Afvisning af ankesag i forsikringssag om forsætlig brandstiftelse kræver særlige omstændigheder efter retsplejelovens § 368 a	60197-2025

LANDSRETTEN · ANKEINSTANS 1

17.03.2023	Dobbeltforsikring: Husforsikring vs. Ejerskifteforsikring ved rådskade	2931-3474

SØ- OG HANDELSRETTEN · SPECIALRET 2

26.01.2024	Tvist om forsikringsdækning ved stormskade: Masterpolice vs. lokalpolice og tilbagebetalingskrav	BS-40247/2022-SHR
01.04.2003	Erstatningskrav mod Codan A/S: Spørgsmål om forsikringsdækning efter brand og fortolkning af sikkerhedsforskrifter	H-131-01

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS 24

06.05.2026	Afbestillingsforsikring: Tabsbegrænsningspligten tilsidesat ved betaling af rejsens restbeløb under igangværende sygdomsudredning	104460
11.06.2025	Uenighed om præmiens størrelse for bilforsikring efter ejerskifte	102882
09.04.2025	Opsigelse af Lønsikring Grundet Manglende Præmiebetaling og Adresseforhold	102583
05.03.2025	Tvist om afbestillingsforsikring: Dækning af restbeløb afvist på grund af tilsidesættelse af tabsbegrænsningspligt	101869
05.03.2025	Ankenævnssag om dækning af rådskade under bygningsforsikring grundet manglende vedligeholdelse	102138
21.08.2024	Afvisning af dækning for smykker efter indbrud grundet åbent vindue	100952
15.11.2023	Sag om afvisning af kaskodækning efter tyveri af bil med nøgle i tændingen	100035
27.09.2023	Underforsikring og forholdsmæssig erstatning efter brandskade på landbrugsejendom	99235
13.09.2023	Afslag på dækning af murværksskader grundet tilsidesættelse af tabsbegrænsningspligt ved endeligt boligkøb	99695
24.05.2023	Afvisning af dækning for vandskade efter nedrivning af nabohus - Tilsidesættelse af tabsbegrænsningspligt	99300
31.08.2022	Sag om nedsættelse af ulykkesforsikringserstatning grundet urigtige oplysninger om erhverv	97863
27.04.2022	Afslag på dækning efter tyveri af bil med nøglerne efterladt på forsædet	97833
11.08.2021	Tyveri og afbrænding af båd opbevaret i strid med sikkerhedsforskrifter	95205
11.08.2021	Afgørelse om afvisning af dækning for vandskade grundet manglende vedligeholdelse og tabsbegrænsning	95646
20.01.2021	If Skadeforsikring: Afvisning af dækning for bilskade grundet manglende præmiebetaling	95112
20.01.2021	Forsikringsdækning afvist efter lystbåd sank: Krav om sødygtighed som sikkerhedsforskrift	95684
21.10.2020	Afvisning af dækning for råd- og svampeskade efter udlejning: Tilsidesættelse af tabsbegrænsningspligt?	94685
18.03.2020	Afslag på forsikringsdækning ved biltyveri pga. opbevaring af nødnøgle i handskerummet	94297
20.11.2019	Afslag på kaskodækning ved biltyveri grundet grov uagtsomhed og manglende sikring af bilnøgler	93945

21.08.2019	Afslag på dækning ved biltyveri grundet efterladt nøgle i ulåst bil	92943
26.06.2019	Krav om tilbagebetaling af præmie ved 14 års dobbeltforsikring af fast ejendom	92840
21.11.2018	Dækning for brandskade trods manglende præmiebetaling grundet mangelfulde rykkerskrivelser	92109
21.02.2018	Tryg Forsikring A/S dækker fuldt ud trods kortvarig brug af gaffeltruck	90258
10.01.2018	GF-Forsikring: Afvisning af dækning efter færdselsuheld grundet manglende præmiebetaling	91008

DET FINANSIELLE ANKENÆVN · NÆVN / KLAGEINSTANS 1

22.12.2023	Ansvar for brandforsikring ved realkreditlån: Nordea Kredits ret til personlig fordring efter ejendomsbrand	52/2023

13 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over forsikringsformidleres rådgiveransvar

Professionsansvar for forsikringsmæglere, agenter og assurandører efter god skik-reguleringen

Version 2 Opdateret 16. jul. 2026 18 afgørelser · 2007–2025 Læs online

INTRODUKTION

Forsikringsformidleres rådgiveransvar hviler på en fælles god skik-norm, der siden gennemførelsen af forsikringsdistributionsdirektivet (IDD) i 2018 gælder ens for uafhængige forsikringsmæglere, agenter, accessoriske formidlere og forsikringsselskabernes egne assurandører. Praksis er koncentreret hos Ankenævnet for Forsikring og viser et konsistent mønster: der gælder ingen almindelig pligt til at sammenligne kundens hidtidige dækning, men distributøren hæfter for de væsentlige dækningsbegrænsninger, han undlader at oplyse om – og for de tilsagn, han giver. Ansvaret forudsætter dog både culpa, årsagsforbindelse og tab, og bevisbyrden for rådgivningsfejl påhviler som udgangspunkt kunden.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Forsikringsdistribution – herunder rådgivning – er undergivet en fælles god skik-norm, uanset om distributionen sker gennem selskabets egen assurandør, en agent eller en uafhængig forsikringsmægler.

02 Der gælder ingen almindelig pligt for et modtagende selskab til at undersøge, om kunden bliver forsikret mindst lige så godt som i det hidtidige selskab.

03 Distributøren skal derimod af egen drift oplyse kunden om væsentlige begrænsninger i dækningen i forhold til den tidligere forsikring.

04 Et tilsagn om, at dækningen er uændret, binder distributøren og kan føre til, at forsikringen skal anses for at dække, som kunden blev stillet i udsigt.

05 Rådgivningen skal opfylde den professionelle standard, der gælder på det pågældende rådgivningsområde.

06 Klart og fyldestgørende skriftligt materiale frifinder som udgangspunkt distributøren – god skik kræver ikke, at vejledningen gives mundtligt.

07 Bevisbyrden for, at der er begået en rådgivningsfejl, påhviler som udgangspunkt kunden.

08 En distributør, der ikke sikrer dokumentation for rådgivningen – fx ved rutinemæssig sletning af lydoptagelser – bringer sig i en bevismæssigt vanskelig position.

09 Kundens passivitet over for en modtagen police, der klart viser dækningen og en lavere præmie, svækker et senere rådgivningskrav.

10 Erstatningsansvar forudsætter årsagsforbindelse og et økonomisk tab – konstateret culpa er ikke i sig selv tilstrækkeligt.

11 Den uafhængige forsikringsmægler repræsenterer alene kunden, og mæglerens viden kan ikke tilregnes forsikringsselskabet som fuldmægtigs viden.

12 Formidlerens erstatningsansvar skal være dækket af en lovpligtig ansvarsforsikring, som skadelidte kan rette krav umiddelbart imod.

13 En vælger distributøren en fremgangsmåde, der efterlader kunden uden lovpligtig dækning, er dette i sig selv ansvarspådragende.

14 Forsikringsselskabet hæfter ikke for fejl begået af selvstændigt virkende tredjemænd, medmindre det konkret har påtaget sig ansvaret.

§ 1 Fra forsikringsformidling til forsikringsdistribution – det tredelte regelgrundlag

Forsikringsformidleres rådgiveransvar hviler på tre lag: den almindelige erstatningsretlige culpanorm, den offentligretlige god skik-regulering i lov om forsikringsformidling § 12 med tilhørende bekendtgørelse, og EU-retten i forsikringsdistributionsdirektivet (IDD).

Rådgivningen er ikke et biprodukt af salget, men en del af den regulerede kerneydelse. Lov om forsikringsformidling § 2 definerer forsikringsdistribution som bl.a.:

> *Den virksomhed, der består i at rådgive om, foreslå eller udføre det indledende arbejde i forbindelse med indgåelse af forsikringsaftaler, at indgå sådanne aftaler eller at medvirke til administrationen og opfyldelsen af sådanne aftaler.*

§ 12, stk. 1 pålægger formidleren at drive virksomhed i overensstemmelse med redelig forretningsskik og god praksis for virksomhedsområdet. Forarbejderne til bestemmelsen beskriver normens karakter:

> *God skik regler har til formål at sikre, at kunderne kan have tillid til markedet og de virksomheder, der agerer på markedet, og reglerne vil endvidere bidrage til at sikre et velfungerende marked. Der er tale om en dynamisk norm, der fastlægger rammerne for virksomhedernes adfærd på markedet.*

Bestemmelsen gennemfører artikel 17, stk. 1, i forsikringsdistributionsdirektivet, og bemyndigelsen i stk. 2 er udnyttet til at udstede bekendtgørelsen om god skik for forsikringsdistributører, der efter forarbejderne skal indeholde "et samlet regelsæt for de adfærds- og oplysningsforpligtelser, som alle forsikringsdistributører er underlagt".

De almindelige bemærkninger til lovforslaget om lov om forsikringsformidling (L 8, 2017-18) forklarer det bærende hensyn – og er nøglen til at læse praksis:

> *Forsikringsdistributionsdirektivet skal sikre forbrugerne den samme beskyttelse, uanset om de køber deres forsikringer direkte fra forsikringsselskabet, fra en agent eller fra en virksomhed, der formidler forsikringer. Direktivet skal samtidig skabe ligestilling mellem alle distributionskanaler. Det sker ved at lade alle led i distributionen af en forsikring efterleve de samme regler og derved sikre den samme beskyttelse af forbrugerne.*

Denne ligestilling har praktisk betydning for retskildebilledet. Den offentliggjorte praksis om rådgiveransvar stammer i overvejende grad fra Ankenævnet for Forsikring og angår distribution gennem selskabernes egne assurandører. Assurandører er ikke selv omfattet af lov om forsikringsformidling, som ikke gælder for forsikringsselskaber og deres ansatte, men bekendtgørelsen om god skik for forsikringsdistributører § 1 omfatter både selskaber, formidlere og accessoriske formidlere. Adfærdsnormerne i §§ 4, 20 og 21 er derfor de samme, og ankenævnspraksis om assurandørers rådgivning er dermed retningsgivende også for mæglere og agenter.

Loven er senest konsolideret ved lovbekendtgørelse af 9. december 2025, og der foreligger ingen vedtagne, endnu ikke konsoliderede ændringer.

LOV `Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 1`
`Lov om forsikringsformidling § 2` `Lov om forsikringsformidling § 12, stk. 1, 2`

§ 2 Mægler, agent eller assurandør – hvem bærer rådgivningsansvaret over for kunden?

Ansvarsplaceringen afhænger af, hvem formidleren repræsenterer. Reguleringen opererer med tre grundtyper.

Den uafhængige forsikringsmægler. Lov om forsikringsformidling § 16 opstiller de betingelser, der skal være opfyldt, før en formidler må betegne sig som forsikringsmægler eller uafhængig. Formidleren:

- må alene repræsentere kunden og handle i den enkelte kundes interesse og må ikke lade sig påvirke af egne eller tredjemands interesser,
- må ikke modtage provision fra en forsikringsdistributør i tilknytning til det konkrete kundeforhold, medmindre provisionen fuldt ud videresendes til kunden,
- skal yde rådgivning "på baggrund af en analyse af et så stort antal af de på markedet disponible forsikringsaftaler, at formidleren er i stand til at rådgive kunden om, hvilken forsikringsaftale der opfylder kundens behov bedst".

Forarbejderne begrunder det absolutte provisionsforbud direkte i interessekonflikthensynet:

> *For at bevare forsikringsmæglernes status på markedet som uafhængige formidlere, indeholder lovforslaget et kapitel om supplerende krav til uafhængige forsikringsformidlere... ligesom de foreslås omfattet af et absolut provisionsforbud. Det skal sikre, at uafhængige forsikringsformidlere alene varetager kundernes interesser og forebygger og forhindrer interessekonflikter mellem formidlerne og deres kunder.*

Det er denne uafhængighed, der afgør, hvem kunden kan rette sit krav mod. I sag 94676 havde forsikringstageren i 2014 givet en uafhængig forsikringsmægler en liste over en guitarsamling til over 4,2 mio. kr. Da to Gibson-guitarer blev stjålet, gjorde kunden gældende, at selskabet burde have rådgivet bedre. Nævnet

afviste: oplysninger givet til en uafhængig forsikringsmægler kunne ikke lægges selskabet til last, da mægleren ikke havde handlet som fuldmægtig for selskabet. Mæglerens uafhængighed skærer altså begge veje – den er kundens beskyttelse, men den betyder også, at et krav om mangelfuld rådgivning skal rettes mod mægleren selv, ikke mod selskabet.

Agenten og den accessoriske formidler. Agenten formidler efter aftale forsikringsselskabets produkter. Accessoriske forsikringsformidlere er efter § 2, nr. 5 virksomheder, der sælger forsikring som supplement til en anden vare eller ydelse – forarbejderne nævner rejsebureauer og bilforhandlere. Fordi de ikke driver forsikringsdistribution som hovederhverv, gælder der lempeligere krav, men de grundlæggende adfærdsnormer består.

Assurandøren. Selskabets egen ansatte sælger er ikke forsikringsformidler i lovens forstand, men er forsikringsdistributør efter god skik-bekendtgørelsen. Det er her hovedparten af den offentliggjorte praksis ligger.

Fælles for alle tre er kompetencekravene. Lov om forsikringsformidling § 11 kræver, at alle ansatte, der udøver distribution, har tilstrækkelige kompetencer, og kompetencekravsbekendtgørelsen stiller for den uafhængige formidler bl.a. krav om at kunne "analysere de modtagne forsikringstilbud og udarbejde en redegørelse til kunden, der beskriver den bedst mulige forsikringsløsning" samt at "give kunden et retvisende billede af de tilbudte produkters dækningsomfang". Efter forarbejderne skal kompetencekravene "bidrage til at sikre en høj grad af professionalisme i branchen" – hvilket er selve grundlaget for en skærpet, professionel culpanorm.

LOV Lov om forsikringsformidling § 2 Lov om forsikringsformidling § 11 Lov om forsikringsformidling § 16, stk. 1

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Erstatning for værdifulde elektriske guitarer: Tvist om afskrivning og rådgivningsansvar 16.09.2020

§ 3 Kernepligterne: krav- og behovsanalyse, individuel anbefaling og oplysning

God skik-bekendtgørelsen udmønter rådgivningsansvaret i tre operationelle pligter, som ankenævnet konsekvent anvender som prøvelsesramme.

Bestemmelse	Pligt
§ 4	Distributøren skal handle redeligt og loyalt over for sine kunder
§ 20, stk. 1	Fastlægge kundens krav og behov og give objektive oplysninger om produktet på en forståelig måde
§ 20, stk. 2	Alle foreslåede aftaler skal være i overensstemmelse med kundens krav og behov
§ 21, stk. 1	Ved rådgivning: give en individuel anbefaling, der forklarer, hvorfor produktet bedst opfylder kundens krav og behov

Krav- og behovsanalysen er en EU-retlig nyskabelse, som forarbejderne fremhæver særskilt:

> *Alle forsikringsformidlere skal lave en krav- og behovsanalyse af deres kunder, så kunderne kun får tilbudt produkter, der er i overensstemmelse med deres krav og behov, og derfor vil være konkret egnede til den enkelte kunde.*

Hertil kommer den katalogiserede oplysningspligt i § 14, hvorefter formidleren i god tid inden aftalens indgåelse bl.a. skal oplyse, om han repræsenterer kunden eller handler på vegne af et forsikringsselskab, om rådgivningen ydes "på basis af en objektiv og personlig analyse", og hvilken form for aflønning han modtager. Oplysningsforpligtelserne i §§ 14-17, 20 og 21 gælder dog ikke ved forsikring af store risici.

Målestokken for selve rådgivningens indhold er den professionelle standard. Det fremgår af Finanstilsynets vejledning til god skik-bekendtgørelsen, at kravet om rådgivning "er udtryk for, at rådgivningen skal opfylde den professionelle standard, som gælder på det pågældende rådgivningsområde", og at der på forsikringsområdet bl.a. skal oplyses om størrelsen af en eventuel selvrisiko. Vejledningen præciserer samtidig, at der ikke er pligt til at rådgive ved rene ekspeditioner – men at der skal rådgives, hvis "omstændighederne tilsiger, at der er behov herfor".

Ankenævnet anvender dette regelsæt direkte. I sag 101942 og sag 102498 er §§ 4, 20 og 21 den udtrykkelige prøvelsesramme for, om distributørens rådgivning har været forsvarlig.

LOV Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 4, stk. 1
Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 14, stk. 1
Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 20, stk. 1, 2
Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 21, stk. 1

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Mangelfuld rådgivning ved selskabsskifte og dækning for rysteskader ved nabobyggeri 24.09.2025

Ankenævnet for Forsikring · Tvisten om dækning for 'pludselig skade' under indboforsikring og forsikringsselskabets rådgivningspligt 23.04.2025

§ 4 Selskabsskiftet som ansvarets kerneområde: pligten til at oplyse om væsentlige dækningsbegrænsninger

Den praktisk vigtigste ansvarssituation er skiftet af selskab, hvor kunden flytter sine forsikringer i tillid til formidlerens udsagn om, at dækningen er den samme. Den ledende afgørelse er sag 77287 fra 2010, hvor et ægtepar flyttede deres villaforsikring fra Alm. Brand til Storstrøms Forsikring med det ene krav, at de ikke måtte blive dårligere dækket. Den nye police undtog udtrykkeligt rådskader og dækkede ikke kloakrør lagt før 1. januar 1966. Da der blev fundet råd i skjult bindingsværk, afviste selskabet dækning.

Nævnets flertal opstillede den grundsætning, der siden har været styrende:

> *Der kan ikke pålægges et forsikringsselskab nogen almindelig pligt til at undersøge, om en forsikringstager [...] bliver forsikret i mindst samme omfang i det nye selskab. Det modtagende selskab må dog være forpligtet til at informere forsikringstageren om væsentlige begrænsninger i dækningen i forhold til den tidligere forsikring.*

Normen er altså ikke en pligt til produktsammenligning, men en pligt til at oplyse om det væsentlige. Flertallet fandt herefter, at råddækningen udgjorde "en vigtig del af svamp- og insektdækningen, og ikke mindst ved et ældre hus som det omhandlede", og at assurandøren "burde have undersøgt, om klagernes forsikring i Alm. Brand omfattede denne dækning og oplyst klagerne om forskellen i forsikringerne". Det samme gjaldt kloakrørsundtagelsen. Derimod var en generel selvrisiko på 2.266 kr. ikke en væsentlig dækningsbegrænsning. Afgørelsen blev truffet under dissens 3-2; mindretallet fandt, at en overordnet produktsammenligning var tilstrækkelig.

Grænsen mellem "væsentlig" og "uvæsentlig" er dermed selve ansvarsvurderingen – og den er konkret, ikke abstrakt: den samme dækningsdetalje kan være væsentlig for et ældre bindingsværkshus og uvæsentlig for et nyere byggeri.

Mønstret gentages i sag 101942 fra 2025. En kunde flyttede sine forsikringer til Forsikringsselskabet Vendsyssel, efter at assurandøren skriftligt havde bekræftet:

> *Og der er IKKE ændret i dine dækninger*

Da der senere opstod rysteskader fra naboens byggeri, viste det sig, at tillægsdækningen "Pludselig skade" ikke var tegnet. Nævnet fandt, at selskabet havde tilsidesat sin pligt til god skik: ved at kommunikere, at der ikke var ændringer, havde selskabet skabt en berettiget forventning om videreførelse af dækningen. Her er det ikke undladelsen, men det positive tilsagn, der bærer ansvaret.

Pligten aktiveres også, når kunden selv tager initiativ til en disposition med dækningsmæssige konsekvenser. I sag 100737 bad en kunde AkademikerPension om at overføre sin eksisterende pensionsordning, og selskabet svarede blot, at de "sagtens kunne hjælpe". Nævnet fandt, at selskabet havde fejlet i rådgivningen:

> *Nævnet har også lagt vægt på, at selskabets mail af 1/6 2022... skulle have indeholdt information om, at klageren i visse situationer... bør søge rådgivning, inden hun beslutter sig for at iværksætte overførslen, idet klageren i disse situationer kan risikere at miste sine eksisterende forsikringsdækninger.*

En ekspedition, kunden selv beder om, fritager altså ikke distributøren, når dispositionen indebærer en kendt og alvorlig risiko for tab af rettigheder.

LOV `Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 4, stk. 1`

`Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 20, stk. 1`

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Mangelfuld rådgivning ved selskabsskifte og dækning for rysteskader ved nabobyggeri	24.09.2025
Ankenævnet for Forsikring · Annullering af erhvervsevnetabsforsikring pga. manglende helbredsoplysninger og erstatningsansvar for mangelfuld rådgivning ved pensionsoverførsel	11.09.2024
Ankenævnet for Forsikring · Sag om manglende dækning for rådskade og utilstrækkelig rådgivning ved skift af forsikringsselskab	13.12.2010

§ 5 Dækningshuller: når formidlerens egen fremgangsmåde skader kunden

En særlig ansvarstype opstår, når distributøren vælger en teknisk fremgangsmåde, der efterlader kunden uforsikret. Sag 101770 fra 2025 er den klareste illustration.

En kunde havde ved leasing af en bil fået en måneds gratis forsikring hos et tredje selskab fra 27. juni 2022. Efter et færdselsuheld den 7. juli ringede han til GF-Forsikring for at få bilen overført. GF sendte dagen efter en begæring om selskabsskifte **med anvendelse af fortrydelsesretten** i stedet for en fremadrettet opsigelse. Konsekvensen var tredelt: det andet selskab annullerede forsikringen med tilbagevirkende kraft fra 27. juni, GF's dækning trådte først i kraft 9. juli, og uheldet den 7. juli faldt i det dækningshul, der derved opstod.

Nævnet gennemgik lydoptagelsen af telefonsamtalen og fandt, at kunden aldrig havde givet udtryk for at ville fortryde forsikringen med tilbagevirkende kraft. Tre præmisser bærer afgørelsen:

- **Ingen udtrykkelig accept.** Kunden nævnte eksplicit den gratis måned, hvilket burde have udløst rådgivning om risikoen for at stå uden dækning.
- **Branchejargon binder ikke kunden.** Kundens brug af ordet "modbevis" kunne ikke fortolkes som samtykke til at skabe et uforsikret tidsrum – og det forhold, at kunden tidligere havde arbejdet i forsikringsbranchen, fritog ikke selskabet for pligten til at oplyse om de juridiske virkninger af selskabets egne procedurer.
- **Risikopåtagelse.** Det var selskabet, der valgte fortrydelsesretten frem for en fremadrettet opsigelse. Ved at vælge en metode, der efterlod kunden uden lovpligtig motoransvars- og kaskoforsikring, havde selskabet handlet erstatningspådragende.

Afgørelsen viser, at valget af fremgangsmåde er en selvstændig ansvarsdisciplin. Distributøren er den professionelle part, der kender virkningen af sine egne ekspeditionsformer, og kan ikke skyde risikoen over på kunden ved at henvise til kundens ordvalg eller tidligere brancheerfaring. Selskabet blev pålagt at betragte kunden som forsikret på skadetidspunktet og dække både kaskoskaden og regreskravet fra DFIM, med renter efter forsikringsaftaleloven § 24.

Beslægtet hermed er sag 102108, hvor selskabet blev anset for erstatningsansvarligt, selv om sikringskravene ikke var overholdt, fordi der var givet en vildledende bekræftelse ved indtegningen. Også her slår princippet igennem: distributørens eget udsagn ved aftaleindgåelsen kan neutralisere en indsigelse, selskabet ellers kunne have gjort gældende.

LOV Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 4, stk. 1

Forsikringsaftaleloven § 24

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Erstatningsansvar for forsikringsselskab efter mangelfuld rådgivning ved selskabsskifte og fortrydelse af bilforsikring 06.08.2025

Ankenævnet for Forsikring · Forsikringsselskab erstatningsansvarlig trods manglende overholdelse af sikringskrav grundet vildledende bekræftelse ved indtegning 11.12.2024

§ 6 Frifindelsesmønstret: klart skriftligt materiale og kundens eget dokumenterede valg

Ansvaret er ikke objektivt. Praksis viser et lige så konsistent frifindelsesmønster, hvor distributøren går fri, fordi han faktisk har oplyst det væsentlige – skriftligt.

Den centrale afgørelse er sag 98378 fra 2023. En boligejer tegnede en entrepriseforsikring hos Topdanmark i forbindelse med en ombygning til 1,5 mio. kr., med en førsterisikosum på blot 100.000 kr. for skader på den eksisterende bygning. Da regnvand trængte ind gennem presenningerne på det åbne tag, løb reparationen op i ca. 230.000 kr. Kunden gjorde gældende, at selskabet burde have vejledt om, at summen var utilstrækkelig.

Nævnet frifandt selskabet og lagde vægt på det skriftlige materiale:

> *Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at der i bilaget 'Faktaoplysninger ved bygge- og anlægsarbejder', er informeret om, for hvilke entrepriser der bør tegnes en førsterisikoforsikring, og at førsterisikosummen fastsættes til den størst tænkelige skade.*

Afgørende var desuden, at kunden i bestillingsskemaet **aktivt havde svaret nej** til en højere sum end standardsummen, og at selskabet skriftligt havde oplyst, at kunden eller dennes rådgiver selv fastsætter summen. Nævnet fastslog endelig et principielt punkt om formen:

> *at bekendtgørelsen om god skik ikke stiller krav om, at vejledning skal ske mundtligt.*

God skik kan altså opfyldes skriftligt. Det er indholdet og klarheden – ikke kanalen – der tæller. Nævnet afviste tillige et rådgivningsansvar for ikke at have tilbudt en indbodækning, som selskabet slet ikke udbød på tegningstidspunktet: der kan ikke foreligge en rådgivningsfejl ved ikke at tilbyde et produkt, der ikke findes.

Samme linje følger sag 100966 fra 2024, hvor en kunde efter en arbejdsskade gjorde gældende, at en Alka-rådgiver i 2020 havde "talt forsikringssummen ned" fra 1.200.000 kr. til 700.000 kr. Nævnet fandt ikke, at kunden havde bevist mangelfuld rådgivning, og lagde vægt på, at han ikke reagerede på de policer, der klart angav den nye sum, og at han betalte den nye og lavere præmie uden indsigelse.

Mønstret er dermed:

- Distributøren frifindes, når han kan dokumentere klar, forudgående skriftlig oplysning om de rammer, kunden selv skal udfylde.
- Distributøren frifindes, når kunden har truffet et dokumenteret aktivt valg – særligt et udtrykkeligt fravalg.
- Kundens efterfølgende passivitet over for police og præmie, der klart afspejler den valgte dækning, taler imod et senere rådgivningskrav.

LOV Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 20, stk. 1

Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 21, stk. 1

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Klage over nedsat forsikringssum på ulykkesforsikring 12.06.2024

Ankenævnet for Forsikring · Strid om rådgivningsansvar og dækningssum ved omfattende vandskade under tagudskiftning 12.04.2023

§ 7 Bevisbyrde og dokumentation – sagernes reelle omdrejningspunkt

Rådgivningssager afgøres sjældent på normen og næsten altid på beviset. Udgangspunktet er klart: det påhviler kunden at bevise, at der er begået en fejl. I sag 100966 fastslog nævnet, at kunden har bevisbyrden for, at der er begået fejl i rådgivningen, eller at nedsættelsen af forsikringssummen skete mod hans vilje. Tilsvarende i sag 94676, hvor kunden ikke havde løftet bevisbyrden for mangelfuld rådgivning om en værdifuld guitarsamling.

Dokumentationsproblemet er strukturelt. I både sag 100966 og sag 98378 var de relevante telefonsamtaler slettet efter selskabernes faste procedurer om sletning efter seks måneder af hensyn til databeskyttelsesforordningen. Nævnet fandt i sag 98378 ikke grundlag for at antage, at selskabet bevidst havde tilbageholdt beviser, og bemærkede, at tilsynet med persondata og klagehåndtering ligger hos henholdsvis Datatilsynet og Finanstilsynet. Konsekvensen er reelt, at en udokumenteret mundtlig rådgivning som udgangspunkt falder ud til distributørens fordel – fordi bevisbyrden ligger hos kunden.

Men billedet er ikke ensidigt. To modgående træk trækker bevisbyrden tilbage mod den professionelle:

- **Selvvalgt bevisusikkerhed skader distributøren.** I den beslægtede sag 94635 om urigtige risikooplysninger udtalte nævnet, at selskabet ved at indtegne forsikringen telefonisk havde "bragt sig i en bevismæssigt

vanskelig position" med hensyn til den eksakte ordlyd af de stillede spørgsmål. Den professionelle part, der vælger en kanal uden dokumentation, bærer risikoen for uklarheden.

- **Findes optagelsen, bliver den afgørende.** I sag 101770 gennemgik nævnet netop lydoptagelsen og kunne herefter fastslå, at kunden aldrig havde accepteret en fortrydelse med tilbagevirkende kraft.

Og i sag 77287 foretog nævnet et bevismæssigt spring, som er værd at bemærke: da assurandøren ikke havde oplyst om de to væsentlige dækningsbegrænsninger, lagde flertallet **til grund**, at klagerne ikke ville have tegnet forsikringen i selskabet, hvis de havde været korrekt informeret. Når først en væsentlig oplysningsmangel er konstateret, formodes altså den kontrafaktiske adfærd til kundens fordel.

Den praktiske lære for formidleren er entydig: dokumentér behovsafdækningen og den individuelle anbefaling skriftligt, jf. § 20 og § 21 – det er både compliance og processuel selvbeskyttelse.

LOV `Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 20, stk. 1`
`Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 21, stk. 1`

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Erstatningsansvar for forsikringsselskab efter mangelfuld rådgivning ved selskabsskifte og fortrydelse af bilforsikring	06.08.2025
Ankenævnet for Forsikring · Klage over nedsat forsikringssum på ulykkesforsikring	12.06.2024
Ankenævnet for Forsikring · Strid om rådgivningsansvar og dækningssum ved omfattende vandskade under tagudskiftning	12.04.2023
Ankenævnet for Forsikring · Erstatning for værdifulde elektriske guitarer: Tvist om afskrivning og rådgivningsansvar	16.09.2020
Ankenævnet for Forsikring · Sag om manglende dækning for rådskade og utilstrækkelig rådgivning ved skift af forsikringsselskab	13.12.2010

§ 8 Årsagsforbindelse og tab – professionsansvarets flaskehals

Konstateret culpa er ikke nok. Erstatningsansvar forudsætter tillige årsagsforbindelse og et økonomisk tab, og det er her mange professionsansvarssager falder. Der foreligger sparsom offentliggjort domstolspraksis specifikt om forsikringsformidlere, men de almindelige professionsansvarsprincipper er udviklet i sager om andre rådgivere og gælder tilsvarende.

Den klareste illustration er BS-783/2006-VIB, hvor en advokat havde rådgivet et ægtepar om et fællestestamente uden at kende boafgiftsloven § 14. Retten fastslog uden videre, at der forelå en pligttilsidesættelse:

> *Retten finder, at sagsøgeren og hendes ægtefælle med rette kunne gå ud fra, at sagsøgte var bekendt med de relevante bestemmelser i boafgiftsloven og dermed var i stand til at yde ægteparret relevant rådgivning om konsekvenserne af deres testamentariske ønsker... Retten finder, at sagsøgte herved ikke har levet op til sine forpligtelser som advokat.*

Alligevel blev advokaten frifundet, fordi det ikke kunne bevises, at korrekt rådgivning ville have ført til et andet resultat:

> *Når der henses til disse muligheder for at gennembryde bestemmelser om båndlæggelse af friarv og til indholdet af sagsøgerens ægtefælles tidligere testamentariske dispositioner, finder retten det ikke tilstrækkelig godtgjort, at sagsøgtes mangelfulde rådgivning har medført det påståede tab.*

Dommen er retningsgivende for forsikringsformidlere: kunden må sandsynliggøre, at han med korrekt rådgivning ville have handlet anderledes – og at det ville have gjort en økonomisk forskel. Dommen viser samtidig, at forældelsesfristen først løber fra det tidspunkt, hvor kunden ophører med at være i utilregnelig uvidenhed om rådgivningsfejlen; her først ved skifterettens afgiftsberegning fem år efter rådgivningen. Samme problemstilling om samspillet mellem forældelse og rådgivningsansvar ses i sag 79388.

Hvor tabet derimod er konkret opgjort, følger ansvaret. I sag 100737 blev selskabet pålagt at dække kundens tab på erstatningsretligt grundlag svarende til værdien af den invalidepension på 23.973 kr. årligt, som gik tabt ved overførslen. Afgørelsen er samtidig et lærestykke i, at ansvarsspørgsmålet og dækningsspørgsmålet er adskilte: selskabet fik medhold i at ophæve erhvervsevnetabsforsikringen efter forsikringsaftaleloven § 7, fordi kunden groft uagtsomt havde undladt at give helbredsoplysninger – og blev **alligevel** erstatningsansvarlig for den mangelfulde rådgivning ved overførslen.

At sanktionen kan række videre end erstatning, viser BS-878/2010-SVE, hvor en ejendomsmægler ud over en tidligere tilkendt erstatning tillige måtte fortabe sit salær på 37.000 kr., fordi arbejdet var så mangelfuldt, at han ikke havde varetaget sin opdragsgivers interesser. For den uafhængige forsikringsmægler, hvis vederlag efter lov om forsikringsformidling § 16 skal betales af kunden selv, er honorarfortabelse en nærliggende parallel sanktion ved grov tilsidesættelse af interessevaretagelsespligten.

LOV

Boafgiftsloven § 14 · Forsikringsaftaleloven § 7 · Lov om forsikringsformidling § 16, stk. 1

PRAKSIS

Byretten · Dom om salærfortabelse for ejendomsmægler grundet mangelfuldt arbejde	01.08.2012
Byretten · Sag om advokats erstatningsansvar for mangelfuld rådgivning om boafgift i testamente	10.09.2007
Ankenævnet for Forsikring · Annullering af erhvervsevnetabsforsikring pga. manglende helbredsoplysninger og erstatningsansvar for mangelfuld rådgivning ved pensionsoverførsel	11.09.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse vedrørende afvist dækning for sammenstyrtet støttemur – spørgsmål om forældelse og rådgivningsansvar	10.08.2011

§ 9 Retsfølgen: "dækning som om" eller erstatning – og den lovpligtige ansvarsforsikring

Praksis opererer med to forskellige retsfølger, som det er væsentligt at holde adskilt.

Dækning som om. Ved væsentlige oplysningsmangler stilles kunden, som om den lovede dækning bestod. I sag 77287 bestemte nævnet, at selskabet skulle anse rådskaden for omfattet af forsikringen, og at undtagelsen for kloakrør lagt før 1966 ikke kunne gøres gældende. Tilsvarende blev kunden i sag 101770 anset for forsikret på skadetidspunktet, og i sag 102108 kunne selskabet ikke påberåbe sig manglende overholdelse af sikringskrav. Denne retsfølge er kun mulig, når fejlen er begået af selskabet selv eller dets assurandør – den forudsætter, at ansvarssubjektet også er risikobæreren.

Erstatning. Er fejlen begået af en formidler, der ikke bærer risikoen, må kunden i stedet søge sit tab erstattet. Det var situationen i sag 100737, hvor tabet blev opgjort som værdien af den mistede invalidepension. Erstatning i forsikringsforhold forrentes efter forsikringsaftaleloven § 24.

Den lovpligtige ansvarsforsikring. Netop fordi formidleren ikke selv bærer forsikringsrisikoen, har lovgiver sikret kundens krav. Lov om forsikringsformidling § 3 gør ansvarsforsikring til en tilladelsesbetingelse, og bekendtgørelsen om formidleres ansvarsforsikring § 2 fastlægger dens indhold. Fire træk er centrale for skadelidte:

- **Direkte krav.** Forsikringen skal sikre, "at forsikringsselskabet eller pengeinstituttet hæfter umiddelbart over for skadelidte for det erstatningsansvar, som formidleren ifalder ved uagtsomt forhold udvist af formidleren eller nogen, denne hæfter for". Kunden kan altså rette kravet direkte mod ansvarsforsikringsselskabet.
- **Efterdækning.** Forsikringen skal dække krav, der rejses og anmeldes senest 3 år efter dens ophør – en nødvendig pendant til, at rådgivningsfejl først viser sig ved skaden, jf. mønstret i BS-783/2006-VIB.
- **Genikrafttrædelse.** Dækningssummen skal kunne genetableres, hvis den udtømmes (policedækket reinstatement).
- **Dækningssum.** Efter § 3 mindst 1.564.610 EUR pr. skadetilfælde og mindst 2.315.610 EUR for alle skadetilfælde pr. forsikringsår.

En formidler er undtaget fra kravet, hvis han er dækket af ansvarsforsikringen i det selskab eller hos den formidler, på hvis vegne han handler – hvilket netop er begrundelsen for, at agentens og assurandørens fejl i praksis kanaliseres tilbage til selskabet. Efter § 5 skal erklæring om dækningen indsendes til Finanstilsynet sammen med ansøgningen om tilladelse.

LOV

Bekendtgørelse om forsikringsformidleres, genforsikringsformidleres og accessoriske forsikringsformidleres ansvarsforsikring, garantistillelse og behandling af betroede midler § 2, stk. 1

Bekendtgørelse om forsikringsformidleres, genforsikringsformidleres og accessoriske forsikringsformidleres ansvarsforsikring, garantistillelse og behandling af betroede midler § 3, stk. 1

Forsikringsaftaleloven § 24 | Lov om forsikringsformidling § 3

PRAKSIS

Byretten · Sag om advokats erstatningsansvar for mangelfuld rådgivning om boafgift i testamente	10.09.2007
Ankenævnet for Forsikring · Erstatningsansvar for forsikringsselskab efter mangelfuld rådgivning ved selskabsskifte og fortrydelse af bilforsikring	06.08.2025
Ankenævnet for Forsikring · Forsikringsselskab erstatningsansvarlig trods manglende overholdelse af sikringskrav grundet vildledende bekræftelse ved indtegning	11.12.2024
Ankenævnet for Forsikring · Annullering af erhvervsevnetabsforsikring pga. manglende helbredsoplysninger og erstatningsansvar for mangelfuld rådgivning ved pensionsoverførsel	11.09.2024
Ankenævnet for Forsikring · Sag om manglende dækning for rådskade og utilstrækkelig rådgivning ved skift af forsikringsselskab	13.12.2010

§ 10 Rådgivningspligtens udstrækning efter aftaleindgåelsen

Rådgiveransvaret er ikke afgrænset til tegningssituationen. En række afgørelser angår pligter, der aktiveres senere i kundeforholdet – typisk når skaden er sket, og kunden har brug for vejledning om at gøre sin ret gældende.

I sag 94558 havde selskabet gennem behandlingen af ansvarsdelen efter en trafikulykke fået kendskab til, at børnene var dækket af en ulykkesforsikring hos selskabet selv. Nævnet fandt, at selskabet **i medfør af god skik** havde en loyalitetspligt til enten at vejlede om anmeldelse eller betragte ulykken som anmeldt. Viden, distributøren faktisk har, udløser altså en handlepligt af egen drift – passivitet er ikke neutral.

Samme tema går igen i sag 94920 om erstatningsansvar for mangelfuld rådgivning om anmeldelsesfrister og tidligere forsikringsdækning, og i sag 98904 om selskabets oplysningspligt sammenholdt med forældelse. Kombinationen er farlig for distributøren: undlader han at vejlede om en anmeldelsesfrist, kan kundens krav forældes – og netop tabet af kravet bliver da det erstatningsberettigede tab.

Også vejledning om klageadgang hører hertil. I sag 96372 fandt nævnet ganske vist kundens krav forældet efter forsikringsaftaleloven § 29, men bemærkede udtrykkeligt, at det var **kritisabelt**, at selskabet i sit fastholdelsesbrev ikke havde givet klagevejledning til nævnet – omend dette ikke kunne føre til et andet resultat. Kritikken illustrerer, at god skik-normen rækker videre end de tilfælde, hvor tilsidesættelsen udløser et krav.

Endelig viser sag 84614, at rådgivningsansvaret også gør sig gældende ved mindre produkter som afbestillingsforsikring, hvor kundens konkrete helbredsforhold har betydning for dækningens værdi.

LOV `Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 4, stk. 1` `Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 1, 5`

PRAKSIS

- **Ankenævnet for Forsikring** · Sag om ejerskifteforsikring: Forældelse af krav og selskabets oplysningspligt — 01.03.2023
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning fra ulykkesforsikring på grund af forældelse efter endeligt afslag — 11.08.2021
- **Ankenævnet for Forsikring** · Erstatningsansvar for mangelfuld rådgivning om anmeldelsesfrister og tidligere forsikringsdækning — 06.01.2021
- **Ankenævnet for Forsikring** · Ugyldig ophævelse af forsikring grundet manglende overholdelse af formkrav og frister i forsikringsaftaleloven — 19.08.2020
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afgørelse om afbestillingsforsikring og erstatningsansvar for mangelfuld rådgivning vedrørende knælidelse — 03.03.2014

§ 11 Afgrænsning: hvad rådgiveransvaret ikke dækker

Rådgiveransvaret må holdes adskilt fra to nærliggende, men forskellige spørgsmål.

Ansvar for selvstændigt virkende tredjemænd. I sag 94058 krævede en forsikringstager efter en rotteskade selskabet gjort ansvarligt for håndværkeres mangelfulde udbedringsarbejde, som selskabets taksator havde koordineret via en portal. Nævnet afviste og opstillede tre principper: det er som udgangspunkt forsikringstageren selv, der er bygherre; selskabet hæfter normalt ikke for fejl begået af selvstændigt virkende reparatører, medmindre det specifikt har påtaget sig et sådant ansvar; og det forhold, at taksator koordinerede arbejdet og kommunikerede dækningsomfanget, medfører ikke i sig selv, at selskabet overtager ansvaret for arbejdets udførelse. Afgørende vægt blev lagt på, at fakturaerne var stilet direkte til kunden.

Afgrænsningen har en klar parallel til formidlerforholdet: koordinering og formidling af kontakt skaber ikke i sig selv hæftelse for tredjemands fagligt mangelfulde ydelse. Det samme følger af lov om forsikringsformidling § 2 og god skik-bekendtgørelsen § 1, stk. 2, hvorefter ren levering af data eller generelle oplysninger om produkter falder uden for distributionsbegrebet, når leverandøren ikke træffer yderligere foranstaltninger til at bistå med aftalens indgåelse.

Identifikation mellem mægler og selskab. Som fastslået i sag 94676 kan oplysninger, kunden har givet til en uafhængig forsikringsmægler, ikke lægges selskabet til last, da mægleren ikke handler som fuldmægtig for selskabet. Kunden, der ønsker at gøre et rådgivningsansvar gældende, skal derfor identificere det rigtige

ansvarssubjekt – og for mæglerens vedkommende ligger vejen ad domstolene og formidlerens lovpligtige ansvarsforsikring, ikke ad selskabets dækningsafgørelse.

Dækningstvisten som sådan. Endelig skal rådgiveransvaret holdes ude fra spørgsmålet om, hvorvidt en konkret skade er dækket. Samme afgørelse kan rumme begge dele med modsat udfald – sag 100737 er skoleeksemplet: selskabet vandt dækningsspørgsmålet og tabte rådgivningsspørgsmålet. Klare og aftalte vilkår kan ikke tilsidesættes under henvisning til, at rådgivningen burde have været bedre, når kunden faktisk er blevet oplyst; det var netop udfaldet i sag 98378 og sag 94676.

LOV Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 1, stk. 2

Lov om forsikringsformidling § 2

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Annullering af erhvervsevnetabsforsikring pga. manglende helbredsoplysninger og erstatningsansvar for mangelfuld rådgivning ved pensionsoverførsel	11.09.2024
Ankenævnet for Forsikring · Strid om rådgivningsansvar og dækningssum ved omfattende vandskade under tagudskiftning	12.04.2023
Ankenævnet for Forsikring · Erstatning for værdifulde elektriske guitarer: Tvist om afskrivning og rådgivningsansvar	16.09.2020
Ankenævnet for Forsikring · Ansvar for håndværksfejl ved udbedring af rotteskade: Spørgsmål om forsikringsselskabets bygherreansvar	18.03.2020

§ 12 Sammenfatning: ansvarsnormens fire trin

Praksis om forsikringsformidleres rådgiveransvar kan sammenfattes i en firetrinsprøve, som går igen på tværs af afgørelserne.

1. Er der en pligt – og hvis rækker den? Rådgivning er en reguleret kerneydelse, jf. lov om forsikringsformidling § 2, og adfærdsnormen i § 12 og god skik-bekendtgørelsens §§ 4, 20 og 21 er den samme for mægler, agent og assurandør. Ansvarssubjektet afhænger derimod af, hvem formidleren repræsenterer: den uafhængige mægler efter § 16 repræsenterer alene kunden og kan ikke identificeres med selskabet, jf. sag 94676.

2. Er pligten tilsidesat? Målestokken er den professionelle standard. Der gælder ingen pligt til produktsammenligning, men en pligt til at oplyse om **væsentlige** dækningsbegrænsninger, jf. sag 77287. Positive tilsagn om uændret dækning binder, jf. sag 101942. Valget af ekspeditionsform er en selvstændig ansvarsdisciplin, jf. sag 101770. Omvendt frifinder klart skriftligt materiale og kundens dokumenterede aktive fravalg, jf. sag 98378.

3. Kan det bevises? Bevisbyrden for rådgivningsfejl påhviler kunden, jf. sag 100966 – men den professionelle, der vælger en udokumenteret kanal, bærer risikoen for uklarhed, og når en væsentlig oplysningsmangel først er konstateret, formodes kunden at ville have handlet anderledes, jf. sag 77287.

4. Er der årsagsforbindelse og tab? Culpa alene er ikke nok. BS-783/2006-VIB viser, at en konstateret pligttilsidesættelse fører til frifindelse, hvis det ikke kan godtgøres, at korrekt rådgivning ville have ændret udfaldet. Er tabet derimod konkret opgjort, følger ansvaret, jf. sag 100737.

Samlet er billedet en norm, der er streng i sit indhold, men nøgtern i sin anvendelse: den professionelle skal oplyse om det væsentlige og må ikke love mere end han leverer – men kunden skal føre beviset og påvise sit tab. For formidleren er den praktiske konsekvens, at skriftlig dokumentation af behovsafdækningen og den individuelle anbefaling er den afgørende beskyttelse, og at ansvaret i sidste ende kanaliseres til den

lovpligtige ansvarsforsikring, som skadelidte kan rette krav direkte imod, jf. bekendtgørelsen om formidleres ansvarsforsikring § 2.

LOV

Bekendtgørelse om forsikringsformidleres, genforsikringsformidleres og accessoriske forsikringsformidleres ansvarsforsikring, garantistillelse og behandling af betroede midler § 2, stk. 1

Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 20, stk. 1

Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 21, stk. 1

Lov om forsikringsformidling § 12, stk. 1 | Lov om forsikringsformidling § 16, stk. 1

PRAKSIS

Byretten · Sag om advokats erstatningsansvar for mangelfuld rådgivning om boafgift i testamente — 10.09.2007

Ankenævnet for Forsikring · Mangelfuld rådgivning ved selskabsskifte og dækning for rysteskader ved nabobyggeri — 24.09.2025

Ankenævnet for Forsikring · Erstatningsansvar for forsikringsselskab efter mangelfuld rådgivning ved selskabsskifte og fortrydelse af bilforsikring — 06.08.2025

Ankenævnet for Forsikring · Annullering af erhvervsevnetabsforsikring pga. manglende helbredsoplysninger og erstatningsansvar for mangelfuld rådgivning ved pensionsoverførsel — 11.09.2024

Ankenævnet for Forsikring · Klage over nedsat forsikringssum på ulykkesforsikring — 12.06.2024

Ankenævnet for Forsikring · Strid om rådgivningsansvar og dækningssum ved omfattende vandskade under tagudskiftning — 12.04.2023

Ankenævnet for Forsikring · Erstatning for værdifulde elektriske guitarer: Tvist om afskrivning og rådgivningsansvar — 16.09.2020

Ankenævnet for Forsikring · Sag om manglende dækning for rådskade og utilstrækkelig rådgivning ved skift af forsikringsselskab — 13.12.2010

REFERENCE Lovgrundlag

6 paragraffer

Bekendtgørelse om forsikringsformidleres, genforsikringsformidleres og accessoriske forsikringsformidleres ansvarsforsikring, garantistillelse og behandling af betroede midler § 2	stk. 1	Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 4	stk. 1
Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 20	stk. 1	Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 21	stk. 1
Lov om forsikringsformidling § 12	stk. 1	Lov om forsikringsformidling § 16	stk. 1

MATERIALE Citerede afgørelser

18 afgørelser

BYRETTEN · FØRSTE INSTANS 2

01.08.2012	Dom om salærfortabelse for ejendomsmægler grundet mangelfuldt arbejde	1914-2281
10.09.2007	Sag om advokats erstatningsansvar for mangelfuld rådgivning om boafgift i testamente	6479-7774

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS 16

24.09.2025	Mangelfuld rådgivning ved selskabsskifte og dækning for rysteskader ved nabobyggeri	101942
06.08.2025	Erstatningsansvar for forsikringsselskab efter mangelfuld rådgivning ved selskabsskifte og fortrydelse af bilforsikring	101770
23.04.2025	Tvisten om dækning for 'pludselig skade' under indboforsikring og forsikringsselskabets rådgivningspligt	102498
11.12.2024	Forsikringsselskab erstatningsansvarlig trods manglende overholdelse af sikringskrav grundet vildledende bekræftelse ved indtegning	102108
11.09.2024	Annullering af erhvervsevnetabsforsikring pga. manglende helbredsoplysninger og erstatningsansvar for mangelfuld rådgivning ved pensionsoverførsel	100737
12.06.2024	Klage over nedsat forsikringssum på ulykkesforsikring	100966
12.04.2023	Strid om rådgivningsansvar og dækningssum ved omfattende vandskade under tagudskiftning	98378
01.03.2023	Sag om ejerskifteforsikring: Forældelse af krav og selskabets oplysningspligt	98904
11.08.2021	Afvisning af dækning fra ulykkesforsikring på grund af forældelse efter endeligt afslag	96372
06.01.2021	Erstatningsansvar for mangelfuld rådgivning om anmeldelsesfrister og tidligere forsikringsdækning	94920
16.09.2020	Erstatning for værdifulde elektriske guitarer: Tvist om afskrivning og rådgivningsansvar	94676
19.08.2020	Ugyldig ophævelse af forsikring grundet manglende overholdelse af formkrav og frister i forsikringsaftaleloven	94558
18.03.2020	Ansvar for håndværksfejl ved udbedring af rotteskade: Spørgsmål om forsikringsselskabets bygherreansvar	94058
03.03.2014	Afgørelse om afbestillingsforsikring og erstatningsansvar for mangelfuld rådgivning vedrørende knælidelse	84614
10.08.2011	Afgørelse vedrørende afvist dækning for sammenstyrtet støttemur – spørgsmål om forældelse og rådgivningsansvar	79388
13.12.2010	Sag om manglende dækning for rådskade og utilstrækkelig rådgivning ved skift af forsikringsselskab	77287

14 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over forsikringsformidleres tilladelse og tilsyn (lov om forsikringsformidling)

Finanstilsynets tilladelse, fit & proper og Erhvervsankenævnets prøvelse efter IDD-loven

Version 2 Opdateret 16. jul. 2026 48 afgørelser · 1994–2025 Læs online

INTRODUKTION

Lov om forsikringsformidling gennemfører forsikringsdistributionsdirektivet (IDD) og opdeler adgangen til markedet i to spor: tilladelse til forsikrings- og genforsikringsformidlere efter § 3 og registrering af accessoriske forsikringsformidlere efter § 4, med en bagatelundtagelse i § 1, stk. 2. Praksis skabes helt overvejende af Erhvervsankenævnet som klageinstans for Finanstilsynets afgørelser, og hovedmønstrene er markante: nævnet prøver afgrænsningen af, hvad der overhovedet er formidling, intensivt, men tilsynets fit & proper- og kompetenceskøn tilsidesættes stort set aldrig, og en meget stor del af sagerne ender uden realitetsbehandling, fordi det udtømmende partsbegreb i § 36 og den skærpede tavshedspligt i § 31 spærrer for både klageret og aktindsigt. Oversigten dækker udelukkende den regulatoriske adgang og tilsynet – ikke formidlerens civilretlige rådgiveransvar, der behandles under forsikringsformidler-raadgiveransvar.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Tilladelseskravet udløses af aktivitetens karakter – ikke af aflønningsformen; at formidleren fakturerer kunden direkte i stedet for at modtage provision fra selskabet fritager ikke for tilladelse.

02 Grænsen mellem ren forsikringsrådgivning og forsikringsmægling går ved, om virksomheden indhenter, sammenligner og rådgiver om valget mellem konkrete tilbud fra selskaberne – gør den det, kræves tilladelse.

03 Erhvervsankenævnet fortolker overgangs- og undtagelsesordninger snævert efter ordlyd og forarbejder: et krav om at have udøvet «udelukkende» én aktivitet er ikke opfyldt, når aktiviteten blot «i helt overvejende grad» var af den art.

04 Ved vurderingen af, om en ordning er forsikring, er det afgørende, om udbyderen overtager risikoen for en uvis, udefrakommende begivenhed, som denne ikke selv kan påvirke – ikke ordningens økonomiske størrelse.

05 Egnetheds- og hæderlighedskravene i § 9 er en betingelse for selve virksomhedens tilladelse: en direktørs manglende fit & proper fører til nægtelse af tilladelse til virksomheden.

06 Finanstilsynets fit & proper-indgreb kræver klar hjemmel – mangler hjemlen, ophæves afgørelsen, uanset om det materielle grundlag måtte være til stede.

07 Praktisk erfaring kan kun erstatte teoretisk uddannelse i det omfang, dispensationshjemlen rækker; erfaringen skal desuden være aktuel, og forældet erfaring giver afslag uanset dens omfang.

08 Finanstilsynet skal ved dispensationsansøgninger foretage en konkret vurdering af de påberåbte forhold og må ikke afvise ud fra generelle ligestillingsbetragtninger – det ville være skøn under regel.

09 Partsbegrebet i § 36 er udtømmende og fraviger det almindelige forvaltningsretlige partsbegreb; en samarbejdspartner med væsentlig, individuel og retlig interesse opnår ikke partsstatus.

10 Undtagelsen for ledelsesmedlemmer i § 36, stk. 2, nr. 3, gælder kun, når Finanstilsynet faktisk nægter eller inddrager en tilladelse – ikke når ansøgningen imødekommes eller tilsynet træffer en anden type afgørelse.

11 Den skærpede tavshedspligt i § 31, stk. 1, er en særlig tavshedspligt, der via offentlighedslovens § 35 afskærer både aktindsigt og meroffentlighed for ikke-parter.

12 Tavshedspligten bortfalder ikke, fordi oplysninger utilsigtet er fejljournaliseret eller ulovligt lækket til pressen.

13 Oplysninger i sager om kompetencekrav og god skik er undtaget fra tavshedspligten, jf. § 31, stk. 3, og er derfor som udgangspunkt undergivet almindelig offentlighed.

14 Konkursundtagelsen giver Finanstilsynet adgang – ikke pligt – til at videregive fortrolige oplysninger under en civil retssag, og «civil retssag» er ikke begrænset til sager, hvor tilsynet eller boet selv er part.

15 Kun egentlige afgørelser kan påklages til Erhvervsankenævnet; generelle lovfortolkende udtalelser, processuelle beslutninger og beslutninger om politianmeldelse er ikke afgørelser.

16 En fejlagtigt vedlagt klagevejledning skaber ikke kompetence for Erhvervsankenævnet til at behandle en klage over noget, der ikke er en afgørelse.

17 Påbud efter §§ 27-28 og inddragelse efter § 29, stk. 1, nr. 5 og 7, kan forlanges indbragt for domstolene i den borgerlige retsplejes former inden 4 uger – ikke for Erhvervsankenævnet i disse henseender.

18 Overtrædelse af tilladelses- og registreringskravet i § 3, stk. 1, og § 4, stk. 1, er strafbelagt med bøde eller fængsel indtil 4 måneder, og forældelsesfristen er 5 år.

§ 1 Lovens opbygning: tilladelse efter § 3, registrering efter § 4 og bagatelundtagelsen i § 1, stk. 2

Lov om forsikringsformidling hviler på et tosporet system. Efter § 3, stk. 1 skal virksomheder have **tilladelse** af Finanstilsynet for at udøve forsikringsdistribution og genforsikringsdistribution som forsikringsformidler og

genforsikringsformidler. Accessoriske forsikringsformidlere skal derimod alene **registreres** efter § 4, stk. 1, og deres adgangskrav er lempeligere: efter § 4, stk. 2 skal de dokumentere, at de opfylder betingelserne i § 3, stk. 2, nr. 1 og 3-6 – altså alle tilladelsesbetingelserne bortset fra fit & proper-kravet i nr. 2, som i stedet erstattes af den lempeligere vurdering af den ansvarlige ansatte efter § 10, stk. 1. Begge registre føres af Finanstilsynet og er offentlige, jf. § 5.

Under tærsklen ligger en bagatelundtagelse. Efter § 1, stk. 2 falder accessoriske forsikringsformidlere helt uden for loven, når forsikringen udgør et supplement til en vare eller tjenesteydelse **og** præmien holder sig under de kvantitative grænser:

Situation	Grænse efter § 1, stk. 2, nr. 2
Forsikring som supplement til vare eller tjenesteydelse	Præmie højst **4.476 kr.** pro rata på årsbasis
Supplement til tjenesteydelse af højst 3 måneders varighed	Årlig præmie højst **1.492 kr.** pr. person

Hertil kommer de aktivitetsundtagelser i § 1, stk. 3, der holder lejlighedsvis oplysningsvirksomhed, ren skadesadministration og taksation samt ren datalevering uden for loven. Bemærk, at undtagelsen ikke er total: efter § 1, stk. 4 og § 13, stk. 3 skal en forsikringsformidler eller et forsikringsselskab, der distribuerer gennem en undtaget accessorisk formidler, alligevel sikre, at denne har passende ordninger til at overholde aflønningsreglerne.

Tilladelsesspørgsmålet er ikke rent formelt. Efter § 3, stk. 7 og § 4, stk. 5 må forsikringsselskaber og formidlere **kun** benytte distributionsydelser fra formidlere, der henholdsvis har tilladelse eller er registreret. Det gør kontrollen med modpartens status til en selvstændig pligt i hele distributionskæden.

Proceduren er digitaliseret: ansøgning skal efter § 3, stk. 4 indsendes via Finanstilsynets selvbetjeningsløsning, og tilsynet træffer efter § 3, stk. 5 afgørelse senest 3 måneder efter modtagelsen af **samtlige** nødvendige oplysninger. Fristen løber altså først fra det komplette ansøgningsmateriale – et forhold, der har direkte betydning i praksis, jf. omtalen af **19/06437** nedenfor, hvor en ansøgning netop ikke nåede at blive behandlet inden en ny retstilstands ikrafttræden.

LOV `Lov om forsikringsformidling § 1, stk. 2-4` `Lov om forsikringsformidling § 3, stk. 1` `Lov om forsikringsformidling § 4, stk. 1-2` `Lov om forsikringsformidling § 5` `Lov om forsikringsformidling § 10, stk. 1` `Lov om forsikringsformidling § 13, stk. 3`

PRAKSIS **Erhvervsankenævnet** · Afslag på aktindsigt i forsikringsformidlingsansøgning – Finanstilsynets tavshedspligt og partsstatus 05.11.2019

§ 2 Lovens baggrund: IDD, det udskudte anvendelsestidspunkt og bruddet med de personlige tilladelser

Loven bygger på lovforslag L 8 (FT 2017-18) og gennemfører forsikringsdistributionsdirektivet, direktiv (EU) 2016/97. Af de almindelige bemærkninger til lovforslaget fremgår formålet utvetydigt:

> *"Forsikringsdistributionsdirektivet skal sikre forbrugerne den samme beskyttelse, uanset om de køber deres forsikringer direkte fra forsikringsselskabet, fra en agent eller fra en virksomhed, der formidler forsikringer. Direktivet skal samtidig skabe ligestilling mellem alle distributionskanaler. Det sker ved at lade alle led i distributionen af en forsikring efterleve de samme regler og derved sikre den samme beskyttelse af forbrugerne."*

Lovgiver valgte at ophæve den tidligere lov om forsikringsformidling helt frem for at ændre i den, netop fordi direktivets anvendelsesområde var bredere:

> *"Da forsikringsdistributionsdirektivet har et bredere anvendelsesområde end den gældende lov om forsikringsformidling vurderer Erhvervsministeriet, at det er mest hensigtsmæssigt, at den gældende lov om forsikringsformidling ophæves, og at der udarbejdes en ny lov om forsikringsformidling i overensstemmelse med anvendelsesområdet i forsikringsdistributionsdirektivet."*

Gennemførelsesfristen var oprindeligt 23. februar 2018, men IDD's **anvendelsesdato** blev efterfølgende udskudt ved direktiv (EU) 2018/411 til 1. oktober 2018. Den dato er ikke akademisk: i **19/06437** var det netop tidspunktet 1. oktober 2018, der afgjorde sagens faktiske forløb, idet et selskabs ansøgning blev indsendt i begyndelsen af oktober 2018 og ikke nåede at blive godkendt inden det nye regelsæts anvendelse – hvorefter koncernen stiftede et nyt datterselskab, som fik godkendelse i november 2018.

Den mest indgribende systemændring var afskaffelsen af de **personlige tilladelser**. Det fremgår direkte af de paragrafspecifikke forarbejder til § 3:

> *"Kapitel 2 i den gældende lov om forsikringsformidling indeholder krav om, at både virksomheder og personer, der ønsker at udøve forsikringsmæglervirksomhed, skal have Finanstilsynets tilladelse. I dag kræves der således en personlig tilladelse for at udøve forsikringsmægling som ansat i en forsikringsmæglervirksomhed. De personlige tilladelser findes ikke for andre finansielle formidlere som eksempelvis finansielle rådgivere, investeringsrådgivere og ansvarlige pantebrevshandlere. […] Forslaget medfører, at fysiske personer ikke længere skal have en personlig tilladelse til som ansat at udøve forsikringsformidling. Det er i stedet den virksomhed, der ønsker at udøve forsikringsformidling, der skal have en tilladelse. Dette gælder også for den personkreds, som i dag kaldes forsikringsagenter og som ikke tidligere skulle have tilladelse, men blot registreres."*

Denne systemændring er afgørende for at læse den ældre praksis rigtigt. Sager som **2008-0016956-**, **2010-0020972**, **2011-0025935** og **2012-0026847** angår alle *personlige* tilladelser efter den tidligere forsikringsformidlingslovs § 7, jf. § 9 – en konstruktion, der ikke længere findes. Deres bærende ræsonnementer om praktisk erfarings aktualitet og dispensationsadgangens rækkevidde har dog fortsat vejledende værdi for kompetencevurderingen efter § 11 og for fit & proper-vurderingen af ledelsen efter § 9, stk. 1, nr. 1.

Loven er senest konsolideret ved lovbekendtgørelse af 9. december 2025, og der er på nuværende tidspunkt ingen vedtagne, men endnu ikke konsoliderede ændringer.

LOV `Lov om forsikringsformidling § 3, stk. 1` `Lov om forsikringsformidling § 9, stk. 1` `Lov om forsikringsformidling § 11`

PRAKSIS

Erhvervsankenævnet · Afslag på aktindsigt i forsikringsformidlingsansøgning – Finanstilsynets tavshedspligt og partsstatus	05.11.2019
Erhvervsankenævnet · Afslag på tilladelse til skadesforsikringsmægling trods langvarig praktisk erfaring	07.11.2012
Erhvervsankenævnet · Afslag på tilladelse som forsikringsmægler grundet manglende aktuel praktisk erfaring	26.06.2012

Erhvervsankenævnet · Afslag på dispensation til at udøve skadesforsikringsmægling trods cand.merc.jur. og fem års brancheerfaring	24.08.2010
Erhvervsankenævnet · Tilladelse til skadesforsikringsmægling for cand.jur. med omfattende praktisk erfaring	27.03.2009

§ 3 Hvornår kræves tilladelse? Afgrænsningen af forsikringsdistribution i praksis

Det første og hyppigste stridspunkt er, om en aktivitet overhovedet udløser tilladelseskravet. Her prøver Erhvervsankenævnet Finanstilsynets subsumption **intensivt** – i modsætning til de skønsmæssige vurderinger, hvor nævnet er tilbageholdende.

Rådgivning kontra mægling. Skellet blev fastlagt i overgangsordningssagerne fra 2007. I 2006-0010133 og 2007-0013416 citerede nævnet lovbemærkningerne til den dagældende § 56 a:

> *"En forsikringsrådgiver tilbyder f.eks. at gennemgå kundens forsikringspolicer og rådgive om kundens forsikringsbehov. En forsikringsrådgiver bistår hverken med at indhente tilbud fra forsikringsselskaberne på forsikringsdækning eller med at rådgive kunden om valg af den bedste løsning blandt disse tilbud. Herved adskiller forsikringsrådgiveren sig fra forsikringsmægleren, der netop indhenter flere alternative forsikringstilbud og rådgiver kunden om det bedste valg."*

Grænsen går altså ved **indhentelse, sammenligning og anbefaling af konkrete tilbud**. Dette er i vidt omfang videreført i den nugældende definitionsstruktur, jf. § 2 i bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører, hvorefter forsikringsdistribution bl.a. omfatter at "rådgive om, foreslå eller udføre det indledende arbejde i forbindelse med indgåelse af forsikringsaftaler".

Aflønningsformen er uden betydning. I **2007-0013416** gjorde klageren gældende, at hans virksomhed aldrig modtog penge fra forsikringsselskaberne, men udelukkende fakturerede kunden direkte. Finanstilsynet fastholdt – og nævnet tiltrådte – at aflønningsformen ikke er afgørende; det er karakteren af de leverede ydelser. Samme resultat i 00-213.659, hvor forsikringsrådgivningsvirksomhed blev anset for forsikringsmæglervirksomhed med krav om tilladelse fra Finanstilsynet.

"Udelukkende" betyder udelukkende. Både **2006-0010133** og **2007-0013416** viser, hvor snævert nævnet læser undtagelses- og overgangsordninger. I sidstnævnte havde klageren selv oplyst, at hans aktivitet "i helt overvejende grad var forsikringsrådgivning". Det var nok til at diskvalificere ham:

> *"Ankenævnet lagde til grund, at overgangsordningen i § 56a efter ordlyd og forarbejder kun omfatter virksomheder og personer, som før 1. januar 2005 udelukkende har udøvet forsikringsrådgivning – ikke dem, der tillige har udøvet andre forsikringsmægleraktiviteter."*

Denne fortolkningsstil har direkte betydning for § 1, stk. 3, hvis undtagelser gennemgående er formuleret med "forudsat at der **udelukkende** sker levering af data/oplysninger, og leverandøren ikke træffer yderligere foranstaltninger". Praksis tilsiger, at selv en beskeden bistand ud over den rene informationslevering trækker aktiviteten ind under loven.

Hvornår er en ordning overhovedet forsikring? Spørgsmålet opstår typisk i den accessoriske ende af markedet – garantiordninger på varer. Her er testen risikoens karakter, ikke ordningens størrelse:

Sag	Ordning	Udfald
93-66.150 (1995)	"5 års total-forsikring" på hvidevarer, hvor sælgeren oppebar hele præmien og bar 100 % selvrisiko	**Forsikringsvirksomhed** – konstruktionen var en omgåelse; selskabet bar reelt hele risikoen
561-0091 (1996)	Bugsering og billeje som tillæg til bilproducentgaranti	**Ikke forsikringsvirksomhed** (enstemmigt) – garantigiver overtog ikke risikoen for en uvis begivenhed, men et ansvar for produktfejl, hvis omfang kan påvirkes ved produktionskontrol
2013-0034267 (2013)	Udvidet produktgaranti, der tillige dækkede hændelige uheld og tyveri	**Krav om tilladelse** til forsikringsvirksomhed

Mønstret er klart: dækker ordningen kun følgerne af **egne produktfejl**, er det garanti; dækker den **udefrakommende, pludselige hændelser** som tyveri eller uheld, er det forsikring. I **561-0091** understregede flertallet, at det afgørende manglende element var overtagelsen af risikoen for en uvis begivenhed, og at kvantitativ underordning ikke i sig selv var afgørende – et enkelt medlem nåede samme resultat ad accessorie-vejen. Vurderingen er stadig aktuel ved anvendelsen af § 1, stk. 2, nr. 1, der netop kræver, at forsikringen udgør et supplement til en vare eller tjenesteydelse.

Endelig sætter navnebeskyttelsen en selvstændig grænse i randen af feltet: i 2014-0037566 stadfæstede nævnet et påbud til et rent softwareudviklingsselskab om at ophøre med at bruge "Insurance" i sit navn, selvom selskabet ubestridt ikke drev forsikringsvirksomhed.

LOV `Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 2` `Lov om forsikringsformidling § 1, stk. 2-3` `Lov om forsikringsformidling § 3, stk. 1`

PRAKSIS

Erhvervsankenævnet · Navnebeskyttelse i forsikringsbranchen: Virksomhedsnavn i strid med lov om finansiel virksomhed	22.04.2015
Erhvervsankenævnet · Krav om tilladelse til forsikringsvirksomhed ved udbud af udvidet produktgaranti for hændelige uheld og tyveri	15.10.2013
Erhvervsankenævnet · Afslag på overgangsordning for forsikringsrådgiver – aktiviteter gik ud over ren rådgivning	21.11.2007
Erhvervsankenævnet · Afslag på overgangsordning for forsikringsrådgivere – tidligere forsikringsmægler udelukket fra § 56a	10.09.2007
Erhvervsankenævnet · Forsikringsrådgivningsvirksomhed anset for forsikringsmæglervirksomhed – krav om tilladelse fra Finanstilsynet	03.05.2001
Erhvervsankenævnet · Automobilselskabs bugseringsgaranti og billejedækning ikke anset som forsikringsvirksomhed	27.11.1996
Erhvervsankenævnet · Salg af tillægsforsikring på hvidevarer med 100 % selvrisiko betragtet som ulovlig forsikringsvirksomhed	31.05.1995

§ 4 Betingelserne for tilladelse i § 3, stk. 2 – herunder beskyttelsen af betroede midler

§ 3, stk. 2 opregner seks kumulative betingelser. Forarbejderne understreger, at der ikke er tale om en helhedsvurdering: "Samtlige betingelser skal opfyldes, før der kan gives tilladelse."

1.

Dansk hjemland (nr. 1). Formidlere med hjemland i et andet EU/EØS-land opnår ikke dansk tilladelse, men kan drive virksomhed her via filial eller grænseoverskridende tjenesteydelser efter notifikation fra hjemlandets myndighed.

2. **Fit & proper** (nr. 2). Bestyrelse og direktion – eller indehaveren af en enkeltmandsvirksomhed, eller de ledelsesansvarlige i en juridisk person uden bestyrelse/direktion – skal opfylde § 9.
3. **Ansvarsforsikring eller tilsvarende garanti** (nr. 3). Forarbejderne angiver formålet direkte: "Bestemmelsen har til formål at sikre, at kunder, der har lidt et tab, kan få erstatning fra virksomheden i tilfælde af mangelfuld rådgivning." Dækningssummerne fastsættes administrativt efter § 3, stk. 6, og forarbejderne henviser til direktivets minimumsniveauer på 1.250.000 EUR pr. skadesanmeldelse og 1.850.000 EUR samlet pr. år, jf. IDD art. 10.
4. **Beskyttelse af betroede midler** (nr. 4). Her valgte lovgiver bevidst de mindst byrdefulde af direktivets fire muligheder. Forarbejderne forklarer mekanikken i frigørelsesattesten præcist:

> *"Dette kan ske ved brug af en frigørelsesattest indgået mellem forsikringsselskabet og formidleren, hvorefter penge, der er betalt af kunden til formidleren, betragtes som værende betalt til selskabet, mens penge betalt af selskabet til formidleren ikke betragtes som værende betalt til kunden, før kunden modtager dem, jf. det foreslåede stk. 2, nr. 4, litra a. Det kan endvidere ske ved, at der oprettes en særlig konto til indsættelse af betroede midler, og at virksomheden har etableret en sikkerhed for disse midler, jf. det foreslåede stk. 2, nr. 4, litra b."*

Og videre om valget: "Forslaget gennemfører dermed de to mindst byrdefulde muligheder, som direktivet foreslår, og begge muligheder findes allerede på området i dag." Direktivets øvrige to muligheder – permanent finansiel kapacitet på 4 pct. af årlige præmier, dog mindst 18.750 EUR, eller en garantifond – blev altså fravalgt.
5.-6. **Snævre forbindelser** (nr. 5 og nr. 6). Formålet er rent tilsynsteknisk: "Bestemmelsen har til formål at sikre, at Finanstilsynet kan undersøge, om den pågældende virksomhed efterlever de regler, den er underlagt." Definitionen svarer til den i god skik-bekendtgørelsen – koncernforbindelser, kapitalinteresser på 20 pct. eller mere, samt fælles forbindelser.

Der foreligger ikke offentliggjort ankenævnspraksis, der direkte prøver frigørelsesattest- eller klientkontokravet i nr. 4. Fra beslægtede tilladelsesordninger kan dog udledes to gennemgående træk. For det første tåler tilsynet ikke mangler i dokumentationen af et **væsentligt aktivitetsområde**: i 2013-0035054 blev afslag på tilladelse stadfæstet, fordi forretningsgangene efter to forsøg og udførlig vejledning stadig manglede den påkrævede risikovurdering. Nævnet afviste samtidig, at vejledningspligten efter forvaltningslovens § 7 var tilsidesat, når tilsynet havde beskrevet manglerne nøje og henvist til sin vejledning. For det andet kan mangelfulde forretningsgange kombineres med fit & proper – i 18/09255 blev afslag på tilladelse til valutavekslingsvirksomhed stadfæstet under henvisning til både mangelfuld hvidvaskforretningsgang **og** utilstrækkelig egnethed hos indehaveren.

LOV Forvaltningsloven § 7, stk. 1 · Lov om forsikringsformidling § 3, stk. 2, 6 · Lov om forsikringsformidling § 9

PRAKSIS
- **Erhvervsankenævnet** · Afslag på tilladelse til valutavekslingsvirksomhed stadfæstet – mangelfuld hvidvaskforretningsgang og utilstrækkelig egnethed hos indehaver — 22.08.2019
- **Erhvervsankenævnet** · Afslag på tilladelse til pengeoverførselsvirksomhed grundet mangelfulde hvidvaskprocedurer — 26.11.2013

§ 5 Egnethed og hæderlighed efter § 9 – fem krav og en varighedsangivelse

§ 9, stk. 1 opstiller fem krav til hvert enkelt bestyrelses- og direktionsmedlem samt til indehaveren af en enkeltmandsvirksomhed:

- **Nr. 1**: tilstrækkelig viden, faglig kompetence og erfaring (egnethed)
- **Nr. 2**: tilstrækkeligt godt omdømme, hæderlighed, integritet og tilstrækkelig uafhængighed
- **Nr. 3**: intet strafansvar for overtrædelse af straffeloven, den finansielle lovgivning eller anden relevant lovgivning, *hvis overtrædelsen indebærer risiko for*, at hvervet ikke kan varetages betryggende
- **Nr. 4**: ingen begæring om eller igangværende rekonstruktion, konkurs eller gældssanering
- **Nr. 5**: ingen adfærd, der giver grund til at antage, at hvervet ikke vil blive varetaget forsvarligt

Forarbejderne til § 9 fastslår kontinuiteten med den tidligere ordning og koblingen til tilladelsen:

> *"Den foreslåede bestemmelse fastlægger reglerne om egnethed og hæderlighed for ledelsen i en forsikringsformidler og en genforsikringsformidler samt for indehaveren af en forsikringsformidler og en genforsikringsformidler, der er en enkeltmandsvirksomhed. Kravene gælder for samtlige medlemmer af bestyrelsen eller direktionen samt indehaveren [...]. Bestemmelsen viderefører § 8 i den gældende lov om forsikringsformidling. Anvendelsesområdet ændres dog materielt til at omfatte forsikringsformidlere og genforsikringsformidlere, og det stilles som betingelse for at opnå tilladelse i medfør af lovforslagets § 3, at ledelsen [...] og indehaveren [...] opfylder betingelserne."*

To strukturelle træk fortjener at blive fremhævet. For det første er kravene i **nr. 3 ikke absolutte**: strafansvar diskvalificerer kun, hvis overtrædelsen indebærer en risiko for uforsvarlig varetagelse. Der skal altså foretages en konkret relevansvurdering – ikke en mekanisk udelukkelse. For det andet skal afgørelsens **varighed** fremgå af afgørelsen, når den støttes på nr. 2-5, jf. § 9, stk. 3. Fit & proper-indgreb er dermed tidsbegrænsede efter deres art.

Hertil kommer en løbende **oplysningspligt** i § 9, stk. 5: ledelsesmedlemmet skal meddele forhold omfattet af stk. 1 ved indtræden og efterfølgende, hvis forholdene i nr. 2-5 ændrer sig. Tilsidesættelse er strafbelagt for så vidt angår nr. 3 og 4, jf. § 42, stk. 1.

For **accessoriske** formidlere gælder en lempeligere trekantsprøve i § 10, stk. 1 for den ansatte med ansvar for distributionen: intet relevant strafansvar, ingen konkursbegæring/konkurs, og godt omdømme. Bemærk, at § 10 – modsat § 9 – hverken indeholder et selvstændigt kompetencekrav eller nævner rekonstruktion og gældssanering, og at ansvaret for at indhente oplysningerne påhviler den ansatte over for formidleren, ikke over for tilsynet.

LOV Lov om forsikringsformidling § 9, stk. 1, 3, 5 Lov om forsikringsformidling § 10, stk. 1 Lov om forsikringsformidling § 42, stk. 1

§ 6 Fit & proper i praksis: hjemmelskravet, prøvelsesintensiteten og konsekvensen for virksomhedens tilladelse

Ankenævnspraksis om egnethed og hæderlighed er kvantitativt domineret af sager efter lov om finansiel virksomhed, men bærer principper, der uden videre kan overføres til § 9, fordi bestemmelserne er bygget over samme skabelon.

Fit & proper som tilladelsesbetingelse. Den mest direkte afgørelse på området er 2014-9485 af 4. august 2015, hvor Erhvervsankenævnet stadfæstede nægtelse af tilladelse til forsikringsmæglervirksomhed, fordi **direktøren** ikke opfyldte kravene til egnethed og hæderlighed. Sagen illustrerer den kobling, der i dag følger af § 3, stk. 2, nr. 2: fit & proper er ikke et personligt anliggende ved siden af tilladelsen – det er en betingelse *for* virksomhedens tilladelse. Én uegnet direktør blokerer hele ansøgningen.

Hjemmelskravet er skarpt. Den vigtigste modvægt findes i 03-200.737 af 11. april 2005, hvor nævnet **ophævede** Finanstilsynets pålæg til en forsikringsdirektør om at fratræde, fordi tilsynet manglede hjemmel. Afgørelsen viser, at fit & proper-indgreb ikke kan baseres på en almindelig tilsynsbeføjelse: der skal peges på en konkret hjemmel. I den gældende lov er hjemlerne udtrykkelige og indbyrdes afgrænsede – § 27, stk. 1 (påbud til bestyrelsesmedlem om at nedlægge hverv), § 27, stk. 6 (påbud til virksomheden om at afsætte en direktør) og § 28, stk. 1 (påbud til accessorisk formidler om at afsætte en ansat) – og indgreb uden for disse rammer vil efter **03-200.737** være uhjemlede.

Materielt: hvad rækker til uegnethed? To afgørelser fra samme dag, 2014-0036307 og 2014-0036308, stadfæstede begge påbud om at nedlægge bestyrelseshverv. Sidstnævnte angik et forsøg på at sikre sig råderet over selskabets formue og trak – ud over lov om finansiel virksomhed § 64 – på straffelovens § 163 og § 304. I 2010-0022787 blev et påbud til en bestyrelsesformand stadfæstet på grundlag af **ledelsessvigt** – altså adfærdskriteriet, ikke strafansvar. Det svarer til § 9, stk. 1, nr. 5, der netop retter sig mod adfærd, der giver grund til at antage uforsvarlig varetagelse, uden krav om domfældelse.

Interessekonflikter og sideordnede hverv. 95-120.800 viser, at forbud rettet mod ledelsens personlige dispositioner har et bredt, generelt sigte. Nævnet udtalte om spekulationsforbuddet:

> *"Også efter forarbejderne til loven må forbudet antages at have til formål generelt at sikre mod den risiko, der vil kunne følge af interessekonflikter, som særlig kan opstå ved spekulationsforretninger."*

Nævnet lod dog sagens principielle karakter få konsekvens for **fristen**, som blev forlænget fra udgangen af 1995 til 25. april 1996. Det er et brugbart mønster: er retstilstanden uafklaret, kan afviklingsfristen forlænges, selvom realiteten stadfæstes.

Strafbar forhistorie er ikke automatisk diskvalificerende. 2009-0018462 hjemviste en nægtelse af registrering i hvidvaskregistret, fordi en overgangsbestemmelse sikrede ret til optagelse trods en tidligere dom. Afgørelsen trak på straffelovens § 78, stk. 2 og § 79 og understreger, at spørgsmålet om, hvorvidt en dom afskærer erhvervsudøvelse, skal afgøres på lovens egne præmisser – hvilket harmonerer med relevanskravet i § 9, stk. 1, nr. 3.

Samlet er billedet, at nævnet **stadfæster** tilsynets materielle fit & proper-vurderinger, men **kontrollerer hjemlen skarpt**.

LOV `Lov om forsikringsformidling § 3, stk. 2` `Lov om forsikringsformidling § 9, stk. 1` `Lov om forsikringsformidling § 27, stk. 1, 6` `Lov om forsikringsformidling § 28, stk. 1` `Straffeloven § 78, stk. 2`

PRAKSIS

Erhvervsankenævnet · Nægtelse af tilladelse til forsikringsmæglervirksomhed grundet direktørs manglende egnethed og hæderlighed (Fit & Proper)	04.08.2015
Erhvervsankenævnet · Stadfæstelse af påbud om nedlæggelse af bestyrelseshverv grundet manglende egnethed og hæderlighed	17.10.2014
Erhvervsankenævnet · Bestyrelsesmedlem pålagt at nedlægge hverv efter forsøg på at sikre råderet over selskabets formue	17.10.2014
Erhvervsankenævnet · Stadfæstelse af påbud til bestyrelsesformand om at nedlægge sit hverv i finansiel virksomhed grundet ledelsessvigt	25.03.2011
Erhvervsankenævnet · Hjemvisning af sag om registrering i hvidvaskregistret: Overgangsbestemmelse sikrede ret til optagelse trods tidligere dom	22.09.2009
Erhvervsankenævnet · Finanstilsynet manglede hjemmel til at pålægge forsikringsdirektør at fratræde – afgørelse ophævet	11.04.2005
Erhvervsankenævnet · Spekulationsforbud for direktører i forsikringsselskaber og spørgsmål om aktindsigt i dokumentudveksling mellem Finanstilsynet og Forsikringsrådet	28.12.1995

§ 7 Kompetencekrav efter § 11 og kompetencekravsbekendtgørelsen

§ 11, stk. 1 pålægger formidleren at sikre, at **alle** ansatte, som udøver distribution, har tilstrækkelige kompetencer. For accessoriske formidlere er kravet lempeligere: "passende viden om de produkter, som formidleren distribuerer", jf. § 11, stk. 2. De nærmere krav er udmøntet i bekendtgørelse om kompetencekrav og krav til godt omdømme for ansatte i forsikringsselskaber, genforsikringsselskaber og ansatte hos en forsikringsformidler og en genforsikringsformidler (B20240160705).

Bekendtgørelsens § 4 fastlægger et matrix-system, hvor kompetencekravet afhænger af arbejdsområdet – og hvor **uafhængige** forsikringsformidlere er underlagt et selvstændigt og skærpet spor (bilag 6-9) sammenlignet med ikke-uafhængige (bilag 1-5 B, 10-11):

Arbejdsområde	Ikke-uafhængig formidler	Uafhængig formidler
Skadesforsikring, privatkunder	Bilag 1 eller 6	Bilag 6
Skadesforsikring, virksomheder (ukompliceret risiko)	Bilag 2, 3 eller 7	Bilag 7
Skadesforsikring, virksomheder (kompliceret risiko)	Bilag 3 eller 7	Bilag 7
Liv/pension, privatkunder (ukompliceret)	Bilag 4, 5, 5 A eller 8	Bilag 8
Liv/pension, virksomheder	Bilag 5 eller 5 A + 5 B	Bilag 9
Forsikringsbaserede investeringsprodukter	Bilag 10	–
Genforsikringsdistribution	Bilag 11	–

Et væsentligt træk ved bilagene er, at **lov om forsikringsformidling og god skik-bekendtgørelsen selv indgår i pensum**: efter bilag 3 skal den ansatte have viden om bl.a. aftaleloven, forsikringsaftaleloven, lov om forsikringsformidling, erstatningsret, produktansvarsloven, god skik-bekendtgørelsen, færdselsloven og arbejdsskadesikringsloven. Regelkendskabet er dermed selv gjort til en kompetencekravsbetingelse.

Efter § 5 er hovedreglen, at prøven skal være **bestået, inden** den ansatte begynder at distribuere. Systemet er dog ikke absolut, men bygget op om et opsynsregime med skarpe tidsgrænser:

- Uden de nødvendige kompetencer må den ansatte kun arbejde **under opsyn**.

- Opsyn kan vare op til **5 år**, hvis den ansatte i perioden forsøger at bestå prøven – men kun **3 år** inden for ét arbejdsområde, hvis den ansatte vælger ikke at forsøge.
- Den, der fører opsyn, skal selv have kompetencerne inden for det pågældende område samt færdigheder og ressourcer til at handle som kompetent tilsynsførende.
- Efter tre forgæves forsøg må ny prøve først aflægges **1 år** efter seneste forsøg.
- Ved fravær fra distribution i **3-10 år** kræves bestået seneste efteruddannelsesprøve; ved fravær i **mere end 10 år** kræves den relevante prøve bestået på ny.

De sidste to regler er den nugældende, positivretlige udmøntning af det **aktualitetsprincip**, som Erhvervsankenævnet udviklede i dispensationspraksis under den tidligere lov – se næste afsnit. For genforsikring gælder efter § 6 et forretningsgangsbaseret uddannelsesforløb frem for en prøve, og efter § 9 skal kompetencerne ajourføres svarende til 45 timer over tre år.

LOV

Bekendtgørelse om kompetencekrav og krav til godt omdømme for ansatte i forsikringsselskaber, genforsikringsselskaber og ansatte hos en forsikringsformidler og en genforsikringsformidler § 4

Bekendtgørelse om kompetencekrav og krav til godt omdømme for ansatte i forsikringsselskaber, genforsikringsselskaber og ansatte hos en forsikringsformidler og en genforsikringsformidler § 5

Lov om forsikringsformidling § 11, stk. 1-3

§ 8 Dispensationspraksis: praktisk erfaring kan sjældent erstatte teoretisk uddannelse – og skal være aktuel

Erhvervsankenævnets righoldige praksis om dispensation fra uddannelseskrav stammer fra den tidligere forsikringsformidlingslovs §§ 7 og 9 og angik personlige tilladelser, som ikke længere findes. Ræsonnementerne er ikke desto mindre den bedste tilgængelige vejledning om, hvordan tilsynet og nævnet vurderer praktisk erfaring som substitut for formel uddannelse – og de er nu i vidt omfang kodificeret i kompetencekravsbekendtgørelsens karensregler.

Fire afgørelser tegner mønstret, og forholdet mellem dem er slående – tre afslag mod ét tilsagn:

Sag	Ansøgerens profil	Udfald
2008-0016956 (2009)	cand.jur. med **omfattende** praktisk erfaring	**Tilladelse** til skadesforsikringsmægling
2010-0020972 (2010)	cand.merc.jur. med **fem års** brancheerfaring	**Afslag** på dispensation
2011-0025935 (2012)	manglende **aktuel** praktisk erfaring	**Afslag**
2012-0026847 (2012)	**langvarig** praktisk erfaring	**Afslag**

Tre konklusioner kan drages.

For det første er tærsklen høj. Sammenstillingen af **2008-0016956** (tilladelse) og **2010-0020972** (afslag) viser, at en juridisk kandidatgrad kombineret med flere års brancheerfaring ikke i sig selv er nok; erfaringen skal være *omfattende* og dække de relevante kerneopgaver. Dispensationsadgangen er en ægte undtagelse, ikke et alternativt adgangsspor.

For det andet slår aktualitetskravet igennem uafhængigt af erfaringens omfang. 2011-0025935 og **2012-0026847** afviser henholdsvis på manglende *aktuel* erfaring og trods *langvarig* erfaring. Mængde kompenserer ikke for ælde. Samme princip er udfoldet i Erhvervsankenævnets parallelle praksis om ejendomsmæglerregistret, hvor det retlige ræsonnement fremgår eksplicit. I 2013-0035279 citerede nævnet myndighedens praksis:

> *"Erhvervsstyrelsen vil som udgangspunkt ikke godkende praktisk kendskab fra arbejdsopgaver, der er udført mere end 6-8 år før ansøgningstidspunktet. Herved sikres det, at det stadig er en relevant uddannelse og ajourført viden om udviklingen på området, der danner baggrund for registrering i ejendomsmæglerregistret."*

I 2008-0016811 afviste nævnet udtrykkeligt klagerens indvending om, at aktualitetskriteriet manglede hjemmel, med henvisning til, at "formålet med lovens krav er at sikre et højt og aktuelt fagligt niveau". Klagerens sammenligning med et kørekort eller en juridisk kandidatgrad, der ikke mister gyldighed over tid, blev ikke fulgt. Dette er præcis den betragtning, der i dag er positiveret i kompetencekravsbekendtgørelsens § 5, stk. 5 og 6, med 3-10 års og over-10-års karensgrænserne.

For det tredje har praktisk erfaring og teoretisk uddannelse forskellige funktioner. I **2007-0013416** afviste Finanstilsynet dispensation med den begrundelse, at "praktisk erfaring ikke kan erstatte teoretisk uddannelse". Modsat viser **2008-0016956**, at praktisk erfaring *kan* bære en tilladelse, når den er tilstrækkeligt omfattende og aktuel. Grænsen ligger i den konkrete dispensationshjemmels rækkevidde – hvilket understreger, at praksis skal læses med det forbehold, at den nugældende § 11, stk. 3 delegerer kompetencekravene til bekendtgørelse, og at prøve- og opsynssystemet dér har afløst den tidligere individuelle dispensationsadgang.

Skøn under regel. Endelig sætter 6671-0016 en vigtig forvaltningsretlig ramme om enhver dispensationssag. Nævnet ophævede her Finanstilsynets afslag og hjemviste sagen, fordi tilsynet havde afvist ud fra generelle ligestillingsbetragtninger uden konkret vurdering:

> *"Da ansøgningen vedrører en enkeltstående særlig begrundet dispensation efter § 134, har Finanstilsynet været uberettiget til at træffe afgørelsen uden at foretage en konkret vurdering af de forhold, der er påberåbt af K A/S."*

Nævnet fastslog samtidig, at tilsynet havde bygget på en urigtig forudsætning om direktivbundethed. Afgørelsen er den centrale hjemmel for det synspunkt, at Finanstilsynet ikke må sætte sit skøn under regel i dispensationssager – et argument, der blev fremført (uden held, men uden principiel afvisning) i god skik-sagen 19/03831.

LOV

Bekendtgørelse om kompetencekrav og krav til godt omdømme for ansatte i forsikringsselskaber, genforsikringsselskaber og ansatte hos en forsikringsformidler og en genforsikringsformidler § 5

Lov om forsikringsformidling § 11, stk. 1, 3

PRAKSIS

Erhvervsankenævnet · Pensionskasse måtte ikke gennemføre kollektivt produktskifte fra gennemsnitsrente til markedsrente uden individuelt omvalg	03.06.2020
Erhvervsankenævnet · Afslag på optagelse i ejendomsmæglerregistret – manglende aktuel og relevant praktisk erfaring	05.01.2015
Erhvervsankenævnet · Afslag på tilladelse til skadesforsikringsmægling trods langvarig praktisk erfaring	07.11.2012
Erhvervsankenævnet · Afslag på tilladelse som forsikringsmægler grundet manglende aktuel praktisk erfaring	26.06.2012
Erhvervsankenævnet · Afslag på dispensation til at udøve skadesforsikringsmægling trods cand.merc.jur. og fem års brancheerfaring	24.08.2010

Erhvervsankenævnet · Tilladelse til skadesforsikringsmægling for cand.jur. med omfattende praktisk erfaring	27.03.2009
Erhvervsankenævnet · Afslag på optagelse i Ejendomsmæglerregistret grundet forældet teoretisk uddannelse og manglende dokumentation for praktisk erfaring	13.03.2009
Erhvervsankenævnet · Afslag på overgangsordning for forsikringsrådgiver – aktiviteter gik ud over ren rådgivning	21.11.2007
Erhvervsankenævnet · Genforsikringsselskabs krav på konkret vurdering af dispensation fra investeringsregler	28.11.1995

§ 9 God skik efter § 12, aflønning efter § 13 og uafhængighedskravene i § 16

God skik. § 12, stk. 1 er en retlig standard: formidleren skal drive virksomhed "i overensstemmelse med redelig forretningsskik og god praksis for virksomhedsområdet". Den er udmøntet i bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører (B20240155705), der efter § 1 omfatter danske og udenlandske forsikringsselskaber, forsikringsformidlere og accessoriske forsikringsformidlere – dog kun de accessoriske, der ikke falder ind under bagatelundtagelsen i § 1, stk. 2, i loven. Bekendtgørelsen fritager oplysningsforpligtelserne i §§ 14-17, 20 og 21 ved forsikring af **store risici**, defineret i § 2, nr. 7 ved henvisning til forsikringsklasserne 4-7, 11, 12 samt 14-15 i erhvervsforhold.

Der foreligger endnu begrænset offentliggjort ankenævnspraksis specifikt om § 12 over for formidlere, men to træk fra den beslægtede praksis er direkte overførbare.

For det første er god skik-tilsynet **offentligretligt og fremadrettet** – det afgør ikke civilretlige krav. I 2009-0019011 afviste nævnet bankens indsigelse om, at tilsynet manglede hjemmel til at gribe ind i civilretlige aftaleforhold; Finanstilsynet præciserede, at det ikke tog stilling til de konkrete civilretlige krav, men alene til virksomhedens **fremtidige adfærd**. Det er den samme sondring, der ligger bag afgrænsningen af nærværende oversigt over for forsikringsformidler-raadgiveransvar.

For det andet omfatter redelighedskravet **udeladelser**. I 2014-0038307 stadfæstede nævnet en påtale, fordi en andelskasse i et markedsføringsbrev havde "anvendt vildledende angivelser ved at udelade væsentlig information" – konkret risikooplysninger, som ledelsen kendte. En generel risikobemærkning reddede ikke sagen.

Den mest oplysende god skik-afgørelse på forsikringsområdet er dog 19/03831 af 3. juni 2020, hvor nævnet stadfæstede, at en pensionskasse ikke kunne gennemføre et kollektivt produktskifte for ca. 10.000 medlemmer uden individuelt omvalg. Afgørelsen anvendte § 4 i god skik-bekendtgørelsen og opstillede fire kumulative betingelser (hjemmel i regulativet, saglig nødvendighed, at ingen gruppe stilles ringere, og at individuelt omvalg er umuligt). Særligt bemærkelsesværdigt er, at nævnet afviste, at en meromkostning på 209 kr. pr. medlem pr. år – en stigning på 37 % – kunne gøre individuelt omvalg prohibitivt, og at nævnet ikke fandt lighedsprincippet tilsidesat. Afgørelsen viser, at god skik-normen kan sætte **foreningsretlige** beslutningskompetencer ud af spil.

Aflønning. § 13 knytter aflønningen direkte til god skik: efter stk. 1 må aflønningsstrukturer ikke stride mod pligten til at handle i kundens bedste interesse, og efter stk. 2 er det forbudt at indføre aflønningsordninger **eller salgsmål**, som tilskynder til at anbefale ét produkt, når formidleren udbyder et andet, der dækker kundens behov bedre. Bemærk to detaljer: forbuddet rammer også ikke-økonomiske incitamenter (salgsmål), og efter stk. 4 finder stk. 1-3 ikke anvendelse på forhold omfattet af kollektiv overenskomst, der iagttager principperne. Overtrædelse af stk. 1 og 2 er bødesanktioneret, jf. § 42, stk. 2. Hertil kommer den generelle

interessekonfliktpligt i § 32 i god skik-bekendtgørelsen, der kræver, at kunden oplyses om interessekonflikters generelle karakter i god tid inden aftaleindgåelse, hvis de organisatoriske ordninger ikke er tilstrækkelige.

Produktgodkendelse (POG). § 14 kræver effektive godkendelsesprocedurer hos formidlere, der *udarbejder* produkter, og procedurer for indhentelse af oplysninger hos dem, der distribuerer andres produkter. Også her er store risici undtaget, jf. § 14, stk. 3.

Uafhængighed. § 16, stk. 1 er kernen i den danske forsikringsmæglermodel og går videre end IDD. Forarbejderne til L 8 forklarer valget:

> *"For at bevare forsikringsmæglernes status på markedet som uafhængige formidlere, indeholder lovforslaget et kapitel om supplerende krav til uafhængige forsikringsformidlere, der i det væsentligste er en videreførelse af gældende danske regler. [...] ligesom de foreslås omfattet af et absolut provisionsforbud."*

Den, der vil kalde sig "uafhængig forsikringsformidler" eller "forsikringsmægler", skal opfylde fem kumulative betingelser, herunder provisionsforbuddet i § 16, stk. 1, nr. 2 (medmindre provisionen fuldt ud videresendes direkte til kunden) og markedsanalysekravet i nr. 5. Hertil kommer et **selskabsretligt adskillelseskrav** i § 16, stk. 2: anden distribution skal ske i en anden juridisk enhed og betegnes, så den ikke kan forveksles. Overtrædelse af nr. 2 og 3 er strafbelagt efter § 42, stk. 1.

Provisionsforbuddets forhistorie belyses af 2006-0008031, hvor forbuddet blev indført med en 5-årig overgangsperiode af hensyn til ekspropriationsretlige spørgsmål ved allerede indgåede provisionsaftaler – lovgiver betegnede selv indgrebet som "et betydeligt indgreb i sædvanlig aftalefrihed".

LOV Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 32

Lov om forsikringsformidling § 12, stk. 1-2 · Lov om forsikringsformidling § 13, stk. 1-4 · Lov om forsikringsformidling § 14, stk. 1-3 · Lov om forsikringsformidling § 16, stk. 1-2 · Lov om forsikringsformidling § 42, stk. 1-2

PRAKSIS

Erhvervsankenævnet · Pensionskasse måtte ikke gennemføre kollektivt produktskifte fra gennemsnitsrente til markedsrente uden individuelt omvalg	03.06.2020
Erhvervsankenævnet · Andelskasses markedsføringsbrev til andelshavere var i strid med god skik grundet mangelfulde risikoplysninger	20.02.2015
Erhvervsankenævnet · Stadfæstelse af påbud til pengeinstitut om overholdelse af principper for rentefastsættelse og god skik	19.03.2010
Erhvervsankenævnet · Erhvervsankenævnet afviser klage over Finanstilsynets fortolkning af overgangsregler for forsikringsmægleres provisioner	11.12.2006

§ 10 Tilsynsindgreb: påbud efter §§ 27-28, inddragelse efter § 29 og sletning efter § 30

Lovens sanktionstrappe er gradueret efter, hvem indgrebet rammer, og hvilket spor formidleren tilhører.

Påbud mod personer (§§ 27-28). § 27 sondrer skarpt mellem bestyrelsesmedlemmer og direktører. Et **bestyrelsesmedlem** påbydes personligt at nedlægge sit hverv, jf. stk. 1; en **direktør** afsættes derimod ved påbud til *virksomheden*, jf. stk. 6. Begge kan udstedes allerede ved **rejst tiltale**, jf. stk. 3 og stk. 7, men kun hvis domfældelse *ville* indebære, at § 9, stk. 1, nr. 3 ikke er opfyldt. For accessoriske formidlere gælder den parallelle regel i § 28 om afsættelse af den ansvarlige ansatte.

Varigheden skal fremgå af påbuddet, jf. § 27, stk. 2, og et påbud kan tilbagekaldes efter stk. 4. Adgangen til at få et **afslag på tilbagekaldelse** prøvet ved domstolene er dog kvalificeret: den forudsætter, at påbuddet ikke er tidsbegrænset, og at der er forløbet mindst 5 år fra påbuddets udstedelse eller mindst 2 år efter, at et afslag er stadfæstet ved dom.

Eskalation. Efterkommes et påbud ikke, kan Finanstilsynet inddrage **virksomhedens** tilladelse, jf. § 27, stk. 5 og stk. 10, begge med henvisning til § 29, stk. 1, nr. 5. En persons manglende fit & proper kan altså i sidste ende koste virksomheden dens tilladelse – spejlbilledet af **2014-9485**, hvor en direktørs manglende fit & proper blokerede tilladelsen fra starten.

Inddragelse (§ 29). § 29, stk. 1 opregner ni grunde, der falder i tre grupper:

- *Passivitet/formalia*: anmodning (nr. 1), manglende brug inden 12 måneder (nr. 2), ophør i over 6 måneder (nr. 3), registreret ophørt i CVR (nr. 6)
- *Fejl ved grundlaget*: urigtige/vildledende oplysninger (nr. 4), betingelserne ikke længere opfyldt (nr. 5), rejst tiltale mod indehaveren af en enkeltmandsvirksomhed (nr. 7)
- *Adfærd*: grov eller gentagen tilsidesættelse af loven eller IDD-forordninger (nr. 8), grove eller gentagne overtrædelser af hvidvaskloven (nr. 9)

Kun nr. 4 og 5 udløser **offentliggørelse**, jf. § 29, stk. 2 – altså de tilfælde, der siger noget om formidlerens hæderlighed, ikke de rent formelle. Inddragelse medfører automatisk sletning af registeret, jf. stk. 3.

Sletning af registrering (§ 30). § 30 er den accessoriske pendant og har syv – ikke ni – grunde. To forskelle er værd at bemærke: § 30 har ingen pendant til § 29, stk. 1, nr. 7 (tiltale mod indehaveren), og ingen selvstændig hvidvask-grund som nr. 9.

Domstolsprøvelse frem for Erhvervsankenævnet. Det væsentligste procesretlige træk er, at de mest indgribende afgørelser kanaliseres til **domstolene**, ikke til Erhvervsankenævnet:

Afgørelse	Prøvelsesvej	Frist
Påbud efter § 27, stk. 1-7	Finanstilsynet indbringer for domstolene, jf. § 27, stk. 8	4 uger
Fit & proper-afgørelse efter § 9, stk. 2	Domstolene, jf. § 27, stk. 9	4 uger
Påbud efter § 28, stk. 1-2	Domstolene, jf. § 28, stk. 3	4 uger
Inddragelse efter § 29, stk. 1, nr. 5 (jf. § 9, stk. 1, nr. 2-5) og nr. 7 – **kun enkeltmandsvirksomhed**	Domstolene, jf. § 29, stk. 4	4 uger

Sagen anlægges i alle tilfælde "i den borgerlige retsplejes former", og det er **Finanstilsynet**, der har pligten til at indbringe den inden 4 uger efter anmodning. En anmodning har ikke opsættende virkning, men retten kan efter § 27, stk. 9 ved kendelse bestemme, at personen midlertidigt kan indtræde i hvervet.

Bemærk rækkevidden: domstolsadgangen ved inddragelse efter § 29, stk. 4, tilkommer **kun indehaveren af en enkeltmandsvirksomhed** og kun ved de fit & proper-baserede inddragelsesgrunde. Inddragelse over for et selskab på andet grundlag – fx nr. 8 om grov tilsidesættelse – følger dermed den almindelige klagevej til Erhvervsankenævnet.

Denne kanalisering har en klar historisk parallel. I 92-61.508 afviste nævnet en klage over inddragelse af en andelskasses pengeinstituttilladelse, fordi hverken andelshavere, den tidligere direktør eller et enkelt

bestyrelsesmedlem havde partshabilitet – kun instituttet selv. Kombinationen af det udtømmende partsbegreb og domstolskanaliseringen betyder i praksis, at Erhvervsankenævnets rolle ved de hårdeste indgreb er begrænset.

LOV Lov om forsikringsformidling § 9, stk. 1-2 · Lov om forsikringsformidling § 27, stk. 1-11 · Lov om forsikringsformidling § 28, stk. 1-3 · Lov om forsikringsformidling § 29, stk. 1-4 · Lov om forsikringsformidling § 30

PRAKSIS
- **Erhvervsankenævnet** · Nægtelse af tilladelse til forsikringsmæglervirksomhed grundet direktørs manglende egnethed og hæderlighed (Fit & Proper) — 04.08.2015
- **Erhvervsankenævnet** · Afvisning af klage over inddraget pengeinstituttilladelse grundet manglende partshabilitet for andelshavere — 04.04.1995

§ 11 Det udtømmende partsbegreb i § 36 – den hyppigste årsag til afvisning

§ 36 er formentlig lovens praktisk vigtigste bestemmelse, fordi den afgør, hvem der overhovedet kan komme til orde. Hovedreglen i stk. 1 er, at kun den virksomhed eller person, som Finanstilsynet har truffet eller vil træffe afgørelse over for, er part. Stk. 2 tilføjer fem kvalificerede undtagelser – men kun "for så vidt angår den del af sagen, som vedrører den pågældende".

Den ledende afgørelse er 19/06437 af 5. november 2019 – den eneste offentliggjorte ankenævnskendelse, der anvender § 36 og § 31 direkte. Klageren havde stillet sin *personlige* godkendelse som forsikringsformidler til rådighed for et selskabs ansøgning og var ved samarbejdsaftale ansat som eneansvarlig for ansøgerens pensions- og livsforsikringsafdeling. Da samarbejdet brød sammen, søgte han aktindsigt i ansøgningen. Nævnet afviste og citerede lovbemærkningerne til L 8:

> *"Opregningen er udtømmende, og bestemmelsen udgør således en afvigelse fra det almindelige forvaltningsretlige partsbegreb."*

Klagerens alternative argument – at han efter det *almindelige* forvaltningsretlige partsbegreb havde en væsentlig, individuel og retlig interesse, fordi hans indtægtsgrundlag efter kontrakten bortfaldt uden tilladelsen – blev dermed uden betydning. Specialreglen fortrænger den almindelige norm.

Lige så vigtig er nævnets læsning af undtagelsen i § 36, stk. 2, nr. 3. Klageren påberåbte sig at være "ledelsesansvarlig". Nævnet afviste med den begrundelse, at bestemmelsen **kun** vedrører tilfælde, hvor Finanstilsynet *nægter* tilladelse eller registrering – og ansøgningen var netop blevet **imødekommet**-. Undtagelsen er altså asymmetrisk: den giver ledelsen partsstatus ved afslag, ikke ved tilsagn.

Samme snævre læsning genfindes i den parallelle praksis efter lov om finansiel virksomhed § 355. I 19/02561 fastslog nævnet ordret:

> *"§ 355, stk. 2, nr. 8, finder alene anvendelse i tilfælde, hvor Finanstilsynet har truffet afgørelse efter § 14, stk. 1, nr. 1, 2 og 4, og stk. 2, § 224 eller § 225, stk. 1. Det forhold, at betingelserne for at inddrage tilladelsen er opfyldt, ændrer ikke herpå."*

At betingelserne for det indgreb, der udløser partsstatus, materielt er opfyldt, er altså ikke nok – indgrebet skal faktisk være foretaget efter den bestemmelse, undtagelsen nævner. Overført til § 36, stk. 2, nr. 3, betyder det,

at ledelsen får partsstatus ved en nægtelse eller inddragelse efter § 29, men ikke ved andre indgreb, uanset hvor indgribende de måtte være.

Personkredsen uden for partsbegrebet er bred og konsekvent afvist:

Klager	Sag	Udfald
Forsikringskunde	2010-0021305	Ikke part
Forsikringstager (gebyrklage)	94-46.975	Ikke klageberettiget
Kurator	2011-0024107	Ikke part
Tidligere direktør	2015-12645	Ikke part
Kapitalejer	18/08036 og 19/00716	Ikke part
Bankkunde	95-23.179	Ikke part
Erhvervskunde	94-5.169 og 02-100.889	Ikke part
Klager over påtale til formidler	2011-0025108	Ikke klageberettiget

2011-0025108 af 17. januar 2012 fortjener særlig fremhævelse, fordi den er direkte på forsikringsformidlingsområdet: en klage over Finanstilsynets **påtale** til en forsikringsmægler blev afvist på grund af manglende klageberettigelse. Selv den, der har fremkaldt tilsynets reaktion, kan altså ikke få den prøvet.

Begrundelsen for det særlige partsbegreb er gennemgående den samme og går tilbage til **95-23.179** og **94-5.169**: partsaktindsigt efter forvaltningslovens § 9 ville udhule tavshedspligten, fordi partsaktindsigt ikke begrænses af tavshedspligtsregler. Partsafgrænsningen og tavshedspligten er dermed to sider af samme sag – hvilket næste afsnit uddyber.

Endelig viser 24/10615 af 28. februar 2025, at partsvurderingen ikke må foretages **dokument for dokument** uden nærmere begrundelse. Nævnet ophævede Finanstilsynets afgørelse og hjemviste, bl.a. fordi:

> *"Finanstilsynet har ikke nærmere redegjort for, hvorfor klager anses som part i forhold til enkelte af dokumenterne eller dele heraf [...], mens det samme ikke er vurderet at være tilfældet for de resterende dokumenter og oplysninger [...]. Ankenævnet finder, at Finanstilsynet ikke har redegjort nærmere for, hvorfor de resterende dokumenter og oplysninger [...] ikke samtidigt berører klager på en sådan måde, at klager må anses som part i hele sagen."*

Selvom partsbegrebet er snævert, skal afgrænsningen altså **begrundes**, og udgangspunktet er partsstatus i hele sagen – ikke i udvalgte akter.

LOV `Forvaltningsloven § 9, stk. 1` `Lov om forsikringsformidling § 29` `Lov om forsikringsformidling § 36, stk. 1-2`

PRAKSIS

Erhvervsankenævnet · Erhvervsankenævnet hjemviser afslag på aktindsigt i sag om forsikringskoncession grundet mangelfuld vurdering af partsstatus og tavshedspligt	28.02.2025
Erhvervsankenævnet · Afslag på aktindsigt i forsikringsformidlingsansøgning – Finanstilsynets tavshedspligt og partsstatus	05.11.2019
Erhvervsankenævnet · Tidligere bestyrelsesmedlem fik afslag på aktindsigt i Finanstilsynets nødlidende-afgørelse mod andelskasse	13.06.2019
Erhvervsankenævnet · Afslag på aktindsigt i Finanstilsynets nødlidende-afgørelse: Kapitalejer uden partsstatus og skærpet tavshedspligt	13.06.2019
Erhvervsankenævnet · Kapitalejer i andelskasse nægtet partsstatus ved Finanstilsynets afgørelse om forventet nødlidende status	11.04.2019

Erhvervsankenævnet · Sag om nægtelse af aktindsigt og spørgsmålet om partsstatus for en tidligere direktør i en andelskasse	30.10.2015
Erhvervsankenævnet · Afvisning af klage over Finanstilsynets påtale til forsikringsmægler grundet manglende klageberettigelse	17.01.2012
Erhvervsankenævnet · Afslag på aktindsigt til kurator i sag om ejerforhold i en finansiel virksomhed	17.11.2011
Erhvervsankenævnet · Afslag på aktindsigt og manglende partsstatus for forsikringskunde i sag hos Finanstilsynet	03.06.2010
Erhvervsankenævnet · Klager over bank og investeringsforening afvist: Klagerne ikke anset som parter med klageret hos Finanstilsynet	13.02.2003
Erhvervsankenævnet · Afslag på aktindsigt i Finanstilsynets sag om bankmellemværende på grund af særlig tavshedspligt og begrænset partsbegreb	18.08.1995
Erhvervsankenævnet · Afvisning af klage over gebyr ved tilbagekøb af pensionsforsikring grundet manglende klageberettigelse	20.01.1995
Erhvervsankenævnet · Afvisning af klage over pengeinstituts praksis grundet manglende partstatus i forhold til Finanstilsynet	27.10.1994

§ 12 Finanstilsynets skærpede tavshedspligt i § 31 – og god skik-undtagelsen i stk. 3

§ 31, stk. 1 pålægger Finanstilsynets ansatte under ansvar efter straffelovens §§ 152-152 e at hemmeligholde fortrolige oplysninger, de får kendskab til gennem tilsynsvirksomheden. Bestemmelsen er en **særlig** tavshedspligt, der via offentlighedslovens § 35 afskærer aktindsigt for ikke-parter – og som efter § 31, stk. 2 ikke engang kan brydes ved **samtykke** fra den, tavshedspligten beskytter.

19/06437 er den direkte anvendelse på formidlingsområdet: nævnet fandt, at ansøgningsmaterialet indeholdt fortrolige oplysninger modtaget som led i tilsynsvirksomheden, at § 31, stk. 1, derfor spærrede for aktindsigt efter offentlighedsloven, og at meroffentlighed efter offentlighedslovens § 14 ligeledes var afskåret, fordi det ville stride mod tavshedspligtsreglerne. Nævnet gengav formålet i tre led fra lovbemærkningerne: beskyttelse af virksomhedernes kunder, beskyttelse af forretningsmæssige forhold af konkurrencemæssige grunde, og hensynet til den tilsynsmæssige effektivitet – virksomhederne skal kunne videregive oplysninger i tillid til, at de ikke gives videre.

Det sidste hensyn er formuleret skarpest i den parallelle praksis, fx **2011-0024107**:

> *"For at Finanstilsynet kan få alle nødvendige oplysninger i en given sag, må de finansielle virksomheder, kunderne og andre oplysningsgivere nære tillid til, at Finanstilsynet ikke videregiver fortrolige oplysninger."*

Tavshedspligten er robust. To afgørelser viser, at fortroligheden ikke går tabt ved uheld:

- I 24/05548 medførte en **fejljournalisering**, der havde afsløret dokumentets eksistens over for klageren, ikke, at oplysningerne mistede fortroligheden.
- I **19/02561** fandt nævnet, at en **læk til pressen** ikke gjorde dokumenterne offentliggjorte: "En sådan videregivelse af oplysningerne til pressen [fremstår] ikke som lovlig. […] Dokumenterne er derved fortsat omfattet af Finanstilsynets tavshedspligt."

Men den er ikke absolut. Fire modifikationer er væsentlige:

1. **God skik og kompetencekrav er undtaget.** Efter § 31, stk. 3 finder tavshedspligten **ikke** anvendelse på oplysninger i sager om kompetencekrav og god skik, jf. §§ 11 og 12. Rækkevidden er belyst af den

parallelle bestemmelse i 2009-0019205, hvor nævnet **stadfæstede aktindsigt** i et udkast til afgørelse om god skik trods virksomhedens indsigelser om økonomisk tab og skadet omdømme. Nævnet fandt hverken tilstrækkelig nærliggende risiko for væsentligt tab eller grundlag for at tilsidesætte afgørelsen på grund af inhabilitet. God skik-sager er altså strukturelt langt mere åbne end tilladelsessager.

2. **Ansvarsforsikring er undtaget.** Efter § 31, stk. 12 gælder tavshedspligten ikke oplysninger om, hvor en virksomhed har sin ansvarsforsikring efter § 3, stk. 2, nr. 3 – en oplagt forbrugerbeskyttelsesregel, der sikrer, at en skadelidt kan finde dækningen.
3. **Konkursundtagelsen.** Efter § 31, stk. 5 kan fortrolige oplysninger videregives under en civil retssag, når en virksomhed omfattet af loven er erklæret konkurs eller trådt i likvidation, og oplysningerne ikke vedrører kundeforhold eller redningsinvolverede tredjemænd. Rækkevidden blev principielt afklaret i **24/10615**, hvor nævnet fortolkede den identiske bestemmelse i lov om forsikringsvirksomhed:

> *"Ankenævnet finder, at der ikke er holdepunkter for at antage, at begrebet »civil retssag« i § 285, stk. 5, i lov om forsikringsvirksomhed, kun omfatter civile retssager, som boet efter den omhandlede forsikringsvirksomhed og/eller Finanstilsynet er part i."*

Nævnet fremhævede samtidig, at tilsynet efter bestemmelsen "ikke er afskåret fra – men »kan«" videregive. Undladelse af at foretage denne vurdering gjorde afgørelsen ugyldig og førte til hjemvisning. Bemærk dog begrænsningen i **2011-0024107**: undtagelsen dækker kun oplysninger om den **konkursramte** virksomhed selv.
4. **Kun genuint fortrolige oplysninger.** 25/10147 af 4. december 2025 viser, at nævnet foretager en reel prøvelse. Nævnet **udvidede** aktindsigten, fordi dokumentet indledningsvis indeholdt oplysninger, der "i vidt omfang udgør oplysninger, der er offentligt tilgængelige", og fordi flere vurderinger allerede var offentliggjort i omskrevet form: "Ankenævnet finder, at disse oplysninger, uanset at de ikke er gengivet med samme ordlyd, ikke kan anses for fortrolige og derfor kan udleveres."

Begrundelseskravet. 24/10615 understreger endelig, at tilsynet ikke kan nøjes med at henvise til offentlighedslovens § 23 uden at angive nummeret, jf. forvaltningslovens § 24, stk. 1, og at ekstraheringspligten efter offentlighedslovens § 28 skal iagttages. Manglerne førte tilsammen til ugyldighed.

Af **19/06437** følger tillige en praktisk vigtig procesbemærkning: tavshedspligten er efter nævnets opfattelse **ikke nødvendigvis** til hinder for, at Finanstilsynet kan oplyse en aktindsigtssøgende om, at en given sag slet ikke eksisterer – og det er hensigtsmæssigt, at afgørelsen angiver, hvilken sags dokumenter der er lagt til grund.

Hertil kommer formidlerens **egen** tavshedspligt i § 15, stk. 1, som er strafbelagt efter § 42, stk. 1, og som smitter af på modtageren, jf. § 15, stk. 2. I sager om videregivelse efter § 15 har Finanstilsynet efter § 36, stk. 3 mulighed for at give **visse partsbeføjelser** til andre end de i stk. 1 og 2 nævnte – lovens eneste sikkerhedsventil i det ellers lukkede partsbegreb.

LOV `Forvaltningsloven § 24, stk. 1` `Lov om forsikringsformidling § 15, stk. 1-2` `Lov om forsikringsformidling § 31, stk. 1-3, 5, 12` `Lov om forsikringsformidling § 36, stk. 3` `Offentlighedsloven § 14, stk. 1` `Offentlighedsloven § 35`

PRAKSIS

Erhvervsankenævnet · Erhvervsankenævnet udvider aktindsigt i Finanstilsynets kommunikation med børsoperatør om afnoteringssag	04.12.2025
Erhvervsankenævnet · Erhvervsankenævnet hjemviser afslag på aktindsigt i sag om forsikringskoncession grundet mangelfuld vurdering af partsstatus og tavshedspligt	28.02.2025

Erhvervsankenævnet · Stadfæstelse af afslag på aktindsigt i sag om markedsmisbrug grundet manglende partsstatus og skærpet tavshedspligt	27.09.2024
Erhvervsankenævnet · Afslag på aktindsigt i forsikringsformidlingsansøgning – Finanstilsynets tavshedspligt og partsstatus	05.11.2019
Erhvervsankenævnet · Tidligere bestyrelsesmedlem fik afslag på aktindsigt i Finanstilsynets nødlidende-afgørelse mod andelskasse	13.06.2019
Erhvervsankenævnet · Sag om nægtelse af aktindsigt og spørgsmålet om partsstatus for en tidligere direktør i en andelskasse	30.10.2015
Erhvervsankenævnet · Afslag på aktindsigt til kurator i sag om ejerforhold i en finansiel virksomhed	17.11.2011
Erhvervsankenævnet · Stadfæstelse af aktindsigt i sag om god skik hos investeringsforening trods indsigelser om økonomisk tab og inhabilitet	16.04.2010
Erhvervsankenævnet · Finanstilsynet nægtede aktindsigt i livsforsikringsanmeldelser – for vagt formuleret anmodning og tavshedspligt	06.12.1999
Erhvervsankenævnet · Afslag på aktindsigt i Finanstilsynets sag om bankmellemværende på grund af særlig tavshedspligt og begrænset partsbegreb	18.08.1995

§ 13 Hvad kan påklages? Afgørelsesbegrebet og Erhvervsankenævnets kompetence

Ud over partsbegrebet siler et andet filter klagerne fra: Erhvervsankenævnet er kun klageinstans for **afgørelser**, og kun i det omfang det er fastsat ved lov. Nævnet har ikke det almindelige administrative tilsyn med Finanstilsynet.

Generelle lovfortolkende udtalelser er ikke afgørelser. Den centrale afgørelse er 2006-0008031 af 11. december 2006, hvor forsikringsmæglernes brancheforening klagede over Finanstilsynets fortolkning af overgangsreglerne for provisionsforbuddet. Finanstilsynet erkendte selv under sagen, at klagevejledningen var fejlagtig:

> *"Finanstilsynets fortolkning har imidlertid ikke baggrund i en konkret sag, men har karakter af en generel udtalelse om forståelsen af en regel i den lovgivning, der administreres af Finanstilsynet. Der er derfor ikke tale om en afgørelse, der kan indbringes for en anden administrativ myndighed. Finanstilsynet finder på denne baggrund, at der ikke er hjemmel til at indbringe sagen for Erhvervsankenævnet, og at vejledningen derfor er forkert, hvilket Finanstilsynet skal beklage."*

Nævnet afviste – og fastslog samtidig det principielle punkt, at en **fejlagtigt vedlagt klagevejledning ikke skaber kompetence**. Sondringen er mellem en forvaltningsafgørelse, hvor myndigheden udtaler sig om gældende ret i en *konkret* sag, og en generel udtalelse om forståelsen af en lovbestemmelse. Samme resultat i 94-67.290, hvor en vejledende udtalelse om dokumenters fortrolighed under en retssag ikke kunne påklages – kompetencen til at afgøre, om dokumenter kan fremlægges som bevis, tilkommer domstolene – og i 99-77.221, hvor en vejledende udtalelse om registreringspligt blev afvist.

Processuelle beslutninger er ikke afgørelser. I Erhvervsankenævnets kendelse af 11. august 2017 (sagen om interne notater om politianmeldelse og fit-and-proper) havde Finanstilsynets direktør på et møde orienteret en andelskasses ledelse om, at tilsynet overvejede både politianmeldelse og en fit & proper-sag. Klageren gjorde gældende, at der reelt var truffet en afgørelse, og at truslen om politianmeldelse kunne sammenlignes med en strafferetlig sigtelse. Nævnet afviste: orienteringen var en **processuel beslutning** som led i sagsforberedelsen, ikke en afgørelse efter forvaltningslovens § 2, og de underliggende notater var interne arbejdsdokumenter

undtaget efter § 12, stk. 1. Nævnet fandt heller ikke grundlag for at tilsidesætte tilsynets meroffentlighedsskøn efter § 10.

Politianmeldelse er ikke en afgørelse. Dette er nu fast: i **24/05548** fastslog nævnet, at en politianmeldelse ikke fastlægger en endelig retsstilling og derfor ikke er en afgørelse i forvaltningsretlig forstand – hvorfor adressaten heller ikke får partsstatus. Samme resultat i **2015-12645**, hvor en beslutning om at overgive en sag til politimæssig efterforskning ikke gav den sigtede tidligere direktør partsstatus. Konsekvensen for forsikringsformidlere er reel: en politianmeldelse for overtrædelse af § 3, stk. 1 kan ikke prøves administrativt – kun den efterfølgende straffesag ved domstolene.

Grænsen for nævnets kompetence. 25/10147 illustrerer, at nævnet afgrænser sin kompetence stramt: den del af klagen, der angik tilsynets behandling af en henvendelse om at *skaffe* aktindsigt i oplysninger hos tredjemand, kunne ikke behandles, fordi Finanstilsynet ikke havde truffet en påklagelig afgørelse. Finanstilsynet fastholdt her – med nævnets tilslutning – at offentlighedsloven kun forpligter myndigheden i relation til dokumenter, der **allerede** er indgået til eller oprettet af den.

Endelig viser **94-46.975**, at klager over Finanstilsynets **sagsbehandlingstid** og almindelige administrative virksomhed ikke hører under nævnet, men under ressortministeriet – og **98-191.357** tilføjer, at spørgsmålet om, hvorvidt tilsynet *burde* have besvaret en forespørgsel, "er et spørgsmål om forvaltningsskik, som ikke henhører under ankenævnets kompetence".

Samlet: en meget stor del af de reaktioner, en forsikringsformidler faktisk møder – vejledende udtalelser, påtaler, orienteringer om overvejelser, politianmeldelser – kan **ikke** prøves ved Erhvervsankenævnet.

LOV Forvaltningsloven § 2, stk. 1 · Forvaltningsloven § 10, stk. 1 · Forvaltningsloven § 12, stk. 1 · Lov om forsikringsformidling § 3, stk. 1

PRAKSIS

Erhvervsankenævnet · Erhvervsankenævnet udvider aktindsigt i Finanstilsynets kommunikation med børsoperatør om afnoteringssag	04.12.2025
Erhvervsankenævnet · Stadfæstelse af afslag på aktindsigt i sag om markedsmisbrug grundet manglende partsstatus og skærpet tavshedspligt	27.09.2024
Erhvervsankenævnet · Afslag på aktindsigt i Finanstilsynets interne notater om politianmeldelse og fit-and-proper sag	11.08.2017
Erhvervsankenævnet · Sag om nægtelse af aktindsigt og spørgsmålet om partsstatus for en tidligere direktør i en andelskasse	30.10.2015
Erhvervsankenævnet · Afvisning af klage over Finanstilsynets påtale til forsikringsmægler grundet manglende klageberettigelse	17.01.2012
Erhvervsankenævnet · Erhvervsankenævnet afviser klage over Finanstilsynets fortolkning af overgangsregler for forsikringsmægleres provisioner	11.12.2006
Erhvervsankenævnet · Finanstilsynet nægtede aktindsigt i livsforsikringsanmeldelser – for vagt formuleret anmodning og tavshedspligt	06.12.1999
Erhvervsankenævnet · Erhvervsankenævnet afviser klage over vejledende udtalelse om registreringspligt for forening ved vedtægtsændring om hæftelse	30.08.1999
Erhvervsankenævnet · Finanstilsynets udtalelse om dokumenters fortrolighed under retssag mod konkursbo ansat for vejledende	10.08.1995
Erhvervsankenævnet · Afvisning af klage over gebyr ved tilbagekøb af pensionsforsikring grundet manglende klageberettigelse	20.01.1995

§ 14 Strafansvar efter § 42 og tvangsbøder efter § 43

Lovens sanktionssystem er trelagt: administrative påbud (§§ 27-30), tvangsbøder (§ 43) og straf (§ 42).

Straf. § 42, stk. 1 rammer de mest grundlæggende overtrædelser med **bøde eller fængsel indtil 4 måneder**, medmindre højere straf er forskyldt. Kredsen er kort og fortæller, hvad lovgiver anser for kernen:

- § 3, stk. 1 – forsikringsformidling **uden tilladelse**
- § 4, stk. 1 – accessorisk formidling **uden registrering**
- § 7 – pligter ved grænseoverskridende virksomhed
- § 9, stk. 5, jf. stk. 1, nr. 3 og 4 – ledelsens manglende oplysning om strafansvar og insolvensforhold
- § 10, stk. 2, jf. stk. 1, nr. 1 og 2 – tilsvarende for accessoriske formidleres ansvarlige ansatte
- § 15, stk. 1 – uberettiget videregivelse af fortrolige oplysninger
- § 16, stk. 1, nr. 2 og 3 – uafhængige formidleres provisionsforbud og forbud mod bindinger til distributører

Det er værd at bemærke, at oplysningspligterne i §§ 9 og 10 kun er strafbelagt for så vidt angår **strafansvar og insolvens** – ikke for omdømme- og adfærdskriterierne. Og at netop provisionsforbuddet for uafhængige formidlere er placeret i det skærpede strafniveau, hvilket understreger, hvor central uafhængigheden er i den danske model.

Forarbejderne til § 3 præciserer ansvarssubjektet:

> *"Ansvarssubjektet for overtrædelse af stk. 1 er den pågældende virksomhed. For en forsikringsformidler eller en genforsikringsformidler, der er en enkeltmandsvirksomhed, er strafsubjektet indehaveren. For en forsikringsformidler eller en genforsikringsformidler, der er en juridisk person, som ikke har en bestyrelse eller en direktion, er ansvarssubjektet for overtrædelse af stk. 1, den eller de ledelsesansvarlige […]. Den strafbare handling består i at udøve forsikringsformidling eller genforsikringsformidling uden Finanstilsynets tilladelse."*

§ 42, stk. 2 rammer med **bøde alene** en lang række adfærds- og oplysningspligter, herunder aflønningsreglerne i § 13, stk. 1 og 2, samt et omfattende katalog af EU-forordningsbestemmelser – PRIIP-forordningen, PEPP-forordningen, disclosureforordningen og DORA-forordningen. Efter § 42, stk. 3 straffes manglende efterlevelse af påbud efter §§ 22-25, 27 og 28 med bøde, og efter stk. 4 rammes et **bestyrelsesmedlem** personligt med bøde, hvis det ikke efterkommer et påbud efter § 27, stk. 1 og 3.

To generelle regler fortjener fremhævelse: selskaber kan pålægges strafansvar efter straffelovens 5. kapitel, jf. § 42, stk. 5, og **forældelsesfristen er 5 år**, jf. § 42, stk. 6 – altså længere end den almindelige 2-årige frist for bødeforseelser.

Tvangsbøder. § 43 er et rent fremtvingelsesmiddel med tre snævert afgrænsede anvendelsesområder: manglende opfyldelse af pligterne efter § 8 og § 26, stk. 1 og 4 (stk. 1), manglende efterlevelse af påbud efter § 27, stk. 6 og 7 (stk. 2), og manglende efterlevelse af påbud efter § 28, stk. 1 og 2 (stk. 3). Tvangsbøderne kan pålægges dagligt eller ugentligt og rettes mod formidleren **eller de ansvarlige personer**.

Systematikken er værd at hæfte sig ved: manglende afsættelse af en direktør (§ 27, stk. 6-7) og af en ansat hos en accessorisk formidler (§ 28) kan mødes med tvangsbøder – mens et bestyrelsesmedlems manglende nedlæggelse af sit hverv efter § 27, stk. 1 og 3, i stedet mødes med **straf** efter § 42, stk. 4, og med inddragelse af virksomhedens tilladelse efter § 27, stk. 5. Lovgiver har altså valgt forskellige tvangsmidler afhængigt af, om pligten påhviler virksomheden eller personen.

Der foreligger ikke offentliggjort domspraksis om § 42 i vores materiale. Det er ikke overraskende: straffesager forudsætter politianmeldelse fra Finanstilsynet, og beslutningen herom er – som **24/05548** og **2015-12645**

viser – hverken en afgørelse eller genstand for partsrettigheder, hvorfor forløbet frem til tiltale ikke efterlader administrative afgørelser med offentliggørelsesværdi.

LOV Lov om forsikringsformidling § 3, stk. 1 · Lov om forsikringsformidling § 4, stk. 1 · Lov om forsikringsformidling § 16, stk. 1 · Lov om forsikringsformidling § 42, stk. 1-6 · Lov om forsikringsformidling § 43, stk. 1-3

PRAKSIS **Erhvervsankenævnet** · Stadfæstelse af afslag på aktindsigt i sag om markedsmisbrug grundet manglende partsstatus og skærpet tavshedspligt 27.09.2024

Erhvervsankenævnet · Sag om nægtelse af aktindsigt og spørgsmålet om partsstatus for en tidligere direktør i en andelskasse 30.10.2015

§ 15 Sammenfatning: fire gennemgående mønstre

Praksis efter lov om forsikringsformidling og dens forgængere lader sig sammenfatte i fire mønstre.

1. Anvendelsesområdet prøves intensivt – skønnet gør ikke. Erhvervsankenævnet foretager en selvstændig, ofte kritisk prøvelse af, om en aktivitet overhovedet er forsikringsdistribution. I **561-0091** ophævede nævnet enstemmigt tilsynets afgørelse om bugserings- og billejedækning, og i **6671-0016** blev et afslag hjemvist, fordi tilsynet havde bygget på en urigtig forudsætning om direktivbundethed. Omvendt tilsidesættes tilsynets *skøn* over egnethed, hæderlighed og kompetence stort set aldrig: **2014-9485**, **2010-0036307**-parret, **2010-0022787** og hele dispensationsrækken **2010-0020972**, **2011-0025935** og **2012-0026847** blev alle stadfæstet. Grænsen for nævnets tilbageholdenhed går ved **hjemlen** – jf. **03-200.737**, hvor et fit & proper-pålæg blev ophævet som uhjemlet – og ved **begrundelsen**, jf. **24/10615**.

2. Realiteten er substans, ikke form. Gennemgående ser både tilsyn og nævn på, hvad der faktisk sker. Aflønningsformen afgør ikke tilladelseskravet (**2007-0013416**). Betegnelsen "selvrisiko" ændrer ikke, at den, der oppebærer præmien og bærer risikoen, driver forsikringsvirksomhed (**93-66.150**). Og en overgangsordning, der kræver "udelukkende", er ikke opfyldt ved "i helt overvejende grad" (**2007-0013416**, **2006-0010133**).

3. Det udtømmende partsbegreb er den praktisk vigtigste regel. § 36 fraviger bevidst det almindelige forvaltningsretlige partsbegreb, og **19/06437** viser, at selv en samarbejdspartner, hvis hele indtægtsgrundlag afhang af tilladelsen, står uden for. Kombineret med afgørelsesbegrebet (**2006-0008031**, **24/05548**) og tavshedspligten i § 31 betyder det, at langt de fleste henvendelser til Erhvervsankenævnet ender med afvisning frem for realitetsprøvelse. Den, der vil have en reaktion prøvet, må sikre sig, at der foreligger en **afgørelse** rettet mod **ham selv**.

4. God skik er det åbne område. Hvor tilladelses- og fit & proper-sager er lukkede af tavshedspligt og partsbegrænsning, er god skik- og kompetencekravssager efter § 31, stk. 3 undtaget fra tavshedspligten. **2009-0019205** viser, at aktindsigt her gives selv i udkast til afgørelse og selv over virksomhedens indsigelser om økonomisk tab. Det er formentlig her, den fremtidige offentligt tilgængelige praksis efter § 12 og § 13 vil udvikle sig – og **19/03831** giver et fingerpeg om, hvor indgribende god skik-normen kan være.

Vejledning til den praktiske anvendelse. Fire spørgsmål bør stilles i rækkefølge:

1. Er aktiviteten forsikringsdistribution, eller falder den under § 1, stk. 3? Vær opmærksom på, at undtagelserne kræver "udelukkende".

2. Er formidleren accessorisk, og holder præmien sig under grænserne i § 1, stk. 2 (4.476 kr. / 1.492 kr.)? Ellers gælder registreringspligten i § 4.
3. Er alle seks betingelser i § 3, stk. 2 opfyldt? De er kumulative – én uegnet direktør blokerer hele ansøgningen.
4. Ved indgreb: er der tale om en afgørelse rettet mod klienten, og er prøvelsesvejen Erhvervsankenævnet eller domstolene efter § 27, stk. 8-9, § 28, stk. 3 eller § 29, stk. 4? Fristen er i alle tilfælde **4 uger**.

For formidlerens civilretlige ansvar over for kunden henvises til forsikringsformidler-raadgiveransvar, for forsikringstagerens oplysningspligt til oplysningspligt-fal, og for Finanstilsynets og Erhvervsankenævnets praksis i bredere forstand til finanstilsynets-afgoerelser.

LOV Lov om forsikringsformidling § 1, stk. 2-3 · Lov om forsikringsformidling § 3, stk. 2 · Lov om forsikringsformidling § 4 · Lov om forsikringsformidling § 12 · Lov om forsikringsformidling § 31, stk. 3 · Lov om forsikringsformidling § 36

PRAKSIS

Erhvervsankenævnet · Erhvervsankenævnet hjemviser afslag på aktindsigt i sag om forsikringskoncession grundet mangelfuld vurdering af partsstatus og tavshedspligt	28.02.2025
Erhvervsankenævnet · Stadfæstelse af afslag på aktindsigt i sag om markedsmisbrug grundet manglende partsstatus og skærpet tavshedspligt	27.09.2024
Erhvervsankenævnet · Pensionskasse måtte ikke gennemføre kollektivt produktskifte fra gennemsnitsrente til markedsrente uden individuelt omvalg	03.06.2020
Erhvervsankenævnet · Afslag på aktindsigt i forsikringsformidlingsansøgning – Finanstilsynets tavshedspligt og partsstatus	05.11.2019
Erhvervsankenævnet · Nægtelse af tilladelse til forsikringsmæglervirksomhed grundet direktørs manglende egnethed og hæderlighed (Fit & Proper)	04.08.2015
Erhvervsankenævnet · Stadfæstelse af påbud om nedlæggelse af bestyrelseshverv grundet manglende egnethed og hæderlighed	17.10.2014
Erhvervsankenævnet · Afslag på tilladelse til skadesforsikringsmægling trods langvarig praktisk erfaring	07.11.2012
Erhvervsankenævnet · Afslag på tilladelse som forsikringsmægler grundet manglende aktuel praktisk erfaring	26.06.2012
Erhvervsankenævnet · Stadfæstelse af påbud til bestyrelsesformand om at nedlægge sit hverv i finansiel virksomhed grundet ledelsessvigt	25.03.2011
Erhvervsankenævnet · Afslag på dispensation til at udøve skadesforsikringsmægling trods cand.merc.jur. og fem års brancheerfaring	24.08.2010
Erhvervsankenævnet · Stadfæstelse af aktindsigt i sag om god skik hos investeringsforening trods indsigelser om økonomisk tab og inhabilitet	16.04.2010
Erhvervsankenævnet · Afslag på overgangsordning for forsikringsrådgiver – aktiviteter gik ud over ren rådgivning	21.11.2007
Erhvervsankenævnet · Afslag på overgangsordning for forsikringsrådgivere – tidligere forsikringsmægler udelukket fra § 56a	10.09.2007
Erhvervsankenævnet · Erhvervsankenævnet afviser klage over Finanstilsynets fortolkning af overgangsregler for forsikringsmægleres provisioner	11.12.2006
Erhvervsankenævnet · Finanstilsynet manglede hjemmel til at pålægge forsikringsdirektør at fratræde – afgørelse ophævet	11.04.2005
Erhvervsankenævnet · Automobilselskabs bugseringsgaranti og billejedækning ikke anset som forsikringsvirksomhed	27.11.1996
Erhvervsankenævnet · Genforsikringsselskabs krav på konkret vurdering af dispensation fra investeringsregler	28.11.1995
Erhvervsankenævnet · Salg af tillægsforsikring på hvidevarer med 100 % selvrisiko betragtet som ulovlig forsikringsvirksomhed	31.05.1995

REFERENCE Lovgrundlag

8 paragraffer

Lov om forsikringsformidling § 3	stk. 1-2	Lov om forsikringsformidling § 4	stk. 1-2
Lov om forsikringsformidling § 9	stk. 1	Lov om forsikringsformidling § 12	stk. 1
Lov om forsikringsformidling § 29	stk. 1	Lov om forsikringsformidling § 31	stk. 1
Lov om forsikringsformidling § 36	stk. 1, 2	Lov om forsikringsformidling § 42	stk. 1

MATERIALE Citerede afgørelser

48 afgørelser

ERHVERVSANKENÆVNET · NÆVN / KLAGEINSTANS		48
04.12.2025	Erhvervsankenævnet udvider aktindsigt i Finanstilsynets kommunikation med børsoperatør om afnoteringssag	25/10147
28.02.2025	Erhvervsankenævnet hjemviser afslag på aktindsigt i sag om forsikringskoncession grundet mangelfuld vurdering af partsstatus og tavshedspligt	24/10615
27.09.2024	Stadfæstelse af afslag på aktindsigt i sag om markedsmisbrug grundet manglende partsstatus og skærpet tavshedspligt	24/05548
03.06.2020	Pensionskasse måtte ikke gennemføre kollektivt produktskifte fra gennemsnitsrente til markedsrente uden individuelt omvalg	19/03831
05.11.2019	Afslag på aktindsigt i forsikringsformidlingsansøgning – Finanstilsynets tavshedspligt og partsstatus	19/06437
22.08.2019	Afslag på tilladelse til valutavekslingsvirksomhed stadfæstet – mangelfuld hvidvaskforretningsgang og utilstrækkelig egnethed hos indehaver	18/09255
13.06.2019	Afslag på aktindsigt i Finanstilsynets nødlidende-afgørelse: Kapitalejer uden partsstatus og skærpet tavshedspligt	19/00716
13.06.2019	Tidligere bestyrelsesmedlem fik afslag på aktindsigt i Finanstilsynets nødlidende-afgørelse mod andelskasse	19/02561
11.04.2019	Kapitalejer i andelskasse nægtet partsstatus ved Finanstilsynets afgørelse om forventet nødlidende status	18/08036
11.08.2017	Afslag på aktindsigt i Finanstilsynets interne notater om politianmeldelse og fit-and-proper sag	
30.10.2015	Sag om nægtelse af aktindsigt og spørgsmålet om partsstatus for en tidligere direktør i en andelskasse	2015-12645
04.08.2015	Nægtelse af tilladelse til forsikringsmæglervirksomhed grundet direktørs manglende egnethed og hæderlighed (Fit & Proper)	2014-9485

22.04.2015	Navnebeskyttelse i forsikringsbranchen: Virksomhedsnavn i strid med lov om finansiel virksomhed	2014-0037566
20.02.2015	Andelskasses markedsføringsbrev til andelshavere var i strid med god skik grundet mangelfulde risikoplysninger	2014-0038307
05.01.2015	Afslag på optagelse i ejendomsmæglerregistret – manglende aktuel og relevant praktisk erfaring	2013-0035279
17.10.2014	Stadfæstelse af påbud om nedlæggelse af bestyrelseshverv grundet manglende egnethed og hæderlighed	2014-0036307
17.10.2014	Bestyrelsesmedlem pålagt at nedlægge hverv efter forsøg på at sikre råderet over selskabets formue	2014-0036308
26.11.2013	Afslag på tilladelse til pengeoverførselsvirksomhed grundet mangelfulde hvidvaskprocedurer	2013-0035054
15.10.2013	Krav om tilladelse til forsikringsvirksomhed ved udbud af udvidet produktgaranti for hændelige uheld og tyveri	2013-0034267
07.11.2012	Afslag på tilladelse til skadesforsikringsmægling trods langvarig praktisk erfaring	2012-0026847
26.06.2012	Afslag på tilladelse som forsikringsmægler grundet manglende aktuel praktisk erfaring	2011-0025935
17.01.2012	Afvisning af klage over Finanstilsynets påtale til forsikringsmægler grundet manglende klageberettigelse	2011-0025108
17.11.2011	Afslag på aktindsigt til kurator i sag om ejerforhold i en finansiel virksomhed	2011-0024107
25.03.2011	Stadfæstelse af påbud til bestyrelsesformand om at nedlægge sit hverv i finansiel virksomhed grundet ledelsessvigt	2010-0022787
24.08.2010	Afslag på dispensation til at udøve skadesforsikringsmægling trods cand.merc.jur. og fem års brancheerfaring	2010-0020972
03.06.2010	Afslag på aktindsigt og manglende partsstatus for forsikringskunde i sag hos Finanstilsynet	2010-0021305
16.04.2010	Stadfæstelse af aktindsigt i sag om god skik hos investeringsforening trods indsigelser om økonomisk tab og inhabilitet	2009-0019205
19.03.2010	Stadfæstelse af påbud til pengeinstitut om overholdelse af principper for rentefastsættelse og god skik	2009-0019011
22.09.2009	Hjemvisning af sag om registrering i hvidvaskregistret: Overgangsbestemmelse sikrede ret til optagelse trods tidligere dom	2009-0018462
27.03.2009	Tilladelse til skadesforsikringsmægling for cand.jur. med omfattende praktisk erfaring	2008-0016956
13.03.2009	Afslag på optagelse i Ejendomsmæglerregistret grundet forældet teoretisk uddannelse og manglende dokumentation for praktisk erfaring	2008-0016811
21.11.2007	Afslag på overgangsordning for forsikringsrådgiver – aktiviteter gik ud over ren rådgivning	2007-0013416

10.09.2007	Afslag på overgangsordning for forsikringsrådgivere – tidligere forsikringsmægler udelukket fra § 56a	2006-0010133
11.12.2006	Erhvervsankenævnet afviser klage over Finanstilsynets fortolkning af overgangsregler for forsikringsmægleres provisioner	2006-0008031
11.04.2005	Finanstilsynet manglede hjemmel til at pålægge forsikringsdirektør at fratræde – afgørelse ophævet	03-200.737
13.02.2003	Klager over bank og investeringsforening afvist: Klagerne ikke anset som parter med klageret hos Finanstilsynet	02-100.889
03.05.2001	Forsikringsrådgivningsvirksomhed anset for forsikringsmæglervirksomhed – krav om tilladelse fra Finanstilsynet	00-213.659
06.12.1999	Finanstilsynet nægtede aktindsigt i livsforsikringsanmeldelser – for vagt formuleret anmodning og tavshedspligt	98-191.357
30.08.1999	Erhvervsankenævnet afviser klage over vejledende udtalelse om registreringspligt for forening ved vedtægtsændring om hæftelse	99-77.221
27.11.1996	Automobilselskabs bugseringsgaranti og billejedækning ikke anset som forsikringsvirksomhed	561-0091
28.12.1995	Spekulationsforbud for direktører i forsikringsselskaber og spørgsmål om aktindsigt i dokumentudveksling mellem Finanstilsynet og Forsikringsrådet	95-120.800
28.11.1995	Genforsikringsselskabs krav på konkret vurdering af dispensation fra investeringsregler	6671-0016
18.08.1995	Afslag på aktindsigt i Finanstilsynets sag om bankmellemværende på grund af særlig tavshedspligt og begrænset partsbegreb	95-23.179
10.08.1995	Finanstilsynets udtalelse om dokumenters fortrolighed under retssag mod konkursbo ansat for vejledende	94-67.290
31.05.1995	Salg af tillægsforsikring på hvidevarer med 100 % selvrisiko betragtet som ulovlig forsikringsvirksomhed	93-66.150
04.04.1995	Afvisning af klage over inddraget pengeinstituttilladelse grundet manglende partshabilitet for andelshavere	92-61.508
20.01.1995	Afvisning af klage over gebyr ved tilbagekøb af pensionsforsikring grundet manglende klageberettigelse	94-46.975
27.10.1994	Afvisning af klage over pengeinstituts praksis grundet manglende partstatus i forhold til Finanstilsynet	94-5.169

15 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over forsikringspolice — fortolkning og uklarhedsreglen

Uklarhedsreglen (contra proferentem) i dansk forsikringsret

Version 2 Opdateret 24. jun. 2026 19 afgørelser · 2020–2026 Læs online

INTRODUKTION

Uklarhedsreglen (contra proferentem) er et centralt fortolkningsprincip i dansk forsikringsret: når en forsikringsbetingelse er uklar, flertydig eller selvmodsigende, fortolkes vilkåret imod forsikringsselskabet — den part der ensidigt har formuleret vilkåret. Princippet er udviklet i retspraksis fra slutningen af 1800-tallet og kodificeret i aftalelovens § 38 b, der gennemfører artikel 5 i Rådets direktiv 93/13/EØF om urimelige kontraktvilkår i forbrugeraftaler. Praksis fra Højesteret, landsretterne og Ankenævnet for Forsikring viser et konsekvent mønster: undtagelsesklausuler i forsikringsbetingelser fortolkes indskrænkende mod selskabet, og bevisbyrden for at et vilkår klart og utvetydigt udelukker dækning påhviler forsikringsselskabet. Reglen finder dog kun anvendelse ved reel uklarhed — er vilkåret klart formuleret, tilkender domstolene og nævnet selskabet ret, selv hvor resultatet er ufordelagtigt for forsikringstageren.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Når en forsikringsbetingelse er uklar, flertydig eller selvmodsigende, fortolkes vilkåret på den måde der er mest gunstig for forsikringstageren (contra proferentem / uklarhedsreglen).

02 Forsikringsselskabet bærer risikoen for uklare forsikringsbetingelser, fordi det er selskabet der ensidigt har udformet vilkårene som standardvilkår uden individuel forhandling.

03 Undtagelsesklausuler i forsikringsbetingelser — herunder begrænsninger i dækning — fortolkes indskrænkende mod selskabet, fordi undtagelser fra dækning er belastende for forsikringstageren og fraviger forventningsprincippet.

04 Uklarhedsreglen finder kun anvendelse ved reel uklarhed — er vilkåret klart og utvetydigt formuleret, respekteres det, selv hvor resultatet er ufordelagtigt for forsikringstageren.

05 Aftalelovens § 38 b, stk. 1, kodificerer uklarhedsreglen for forbrugeraftaler: vilkår der ikke har været genstand for individuel forhandling, fortolkes til fordel for forbrugeren, og den erhvervsdrivende har bevisbyrden for individuel forhandling.

06 Aftalelovens § 38 b, stk. 2, pålægger den erhvervsdrivende at udarbejde skriftlige aftaler på en klar og forståelig måde — et selvstændigt krav om gennemsigtighed.

07 Forsikringsselskabets rådgivning og bekræftelser ved tegning kan skabe en berettiget forventning, der afskærer selskabet fra efterfølgende at påberåbe sig en dækningsbegrænsning, som kunden ikke var gjort opmærksom på.

08 Henvisningen i forsikringsbetingelser til eksterne regelsæt (fx Arbejdsskadestyrelsens méntabel) omfatter som udgangspunkt regelsættets almindelige retningslinjer, medmindre fravigelsen fremgår med tilstrækkelig klarhed.

09 Mundtlige tilsagn fra forsikringssælgere kan som udgangspunkt ikke fravige klare skriftlige forsikringsbetingelser, medmindre forsikringstageren kan løfte bevisbyrden for fravigelsen.

10 Bevisbyrden for at et vilkår klart og utvetydigt udelukker dækning i den konkrete situation påhviler forsikringsselskabet — dette gælder i fast nævnspraksis og højesteretspraksis.

§ 1 Lovgrundlaget for uklarhedsreglen i forsikringsretten

Uklarhedsreglen i dansk forsikringsret hviler på flere normative lag.

Den centrale bestemmelse er Aftaleloven § 38 b, der kodificerer contra proferentem-princippet for forbrugeraftaler:

> *"Stk. 1. Opstår der tvivl om forståelsen af en aftale, og har det pågældende aftalevilkår ikke været genstand for individuel forhandling, fortolkes vilkåret på den måde, som er mest gunstig for forbrugeren. Den erhvervsdrivende har bevisbyrden for, at et aftalevilkår har været genstand for individuel forhandling."*

> *"Stk. 2. En skriftlig aftale, der tilbydes forbrugeren, skal af den erhvervsdrivende være udarbejdet på en klar og forståelig måde."*

Bestemmelsen gennemfører artikel 5 i Rådets direktiv 93/13/EØF om urimelige kontraktvilkår i forbrugeraftaler, der foreskriver at uklare vilkår skal fortolkes til forbrugerens fordel. Stk. 2 opstiller et selvstændigt gennemsigtighedskrav: forsikringsselskabet har pligt til at formulere sine betingelser klart og forståeligt.

Dertil kommer den generelle urimelighedsklausul i Aftaleloven § 38 c, der ved forbrugeraftaler udvider aftalelovens § 36 med en særlig hæderlighedsprøvelse rettet mod vilkår, der skaber en "betydelig skævhed" til skade for forbrugeren. Denne bestemmelse har en pending ændring: et nyt stk. 2, der gennemfører EU-Domstolens praksis om, at urimelige vilkår skal tilsidesættes i deres helhed — ikke blot delvist.

I forsikringsaftaleloven regulerer FAL § 6 og FAL § 7 forsikringstagerens oplysningspligt ved tegning. Disse bestemmelser spejlvender et krav til selskabet om at stille klare, loyale og utvetydige spørgsmål: det er selskabet, der bærer risikoen for, at spørgsmål om risikoforhold er tilstrækkeligt præcise.

Den historiske baggrund for uklarhedsreglen i forsikringsretten rækker tilbage til før aftaleloven. Allerede fra slutningen af 1800-tallet udviklede dansk retspraksis princippet om, at forsikringsselskabet som den

professionelle part — der ensidigt formulerer standardvilkårene — bærer risikoen for uklar formulering. Dette princip er siden gentaget i utallige domme og nævnsafgørelser og udgør i dag en fast rettesnor i forsikringsretlig fortolkning.

LOV Aftaleloven § 36 · Aftaleloven § 38b, stk. 1, 2 · Aftaleloven § 38c, stk. 1 · Forsikringsaftaleloven § 6, stk. 1, 2 · Forsikringsaftaleloven § 7

§ 2 Højesteretspraksis: Uklarhedsprincippet som præjudikat

Højesteret har i flere principielle afgørelser fastslået uklarhedsprincippets rækkevidde i forsikringsretten.

Den seneste og mest eksplicitte formulering findes i BS-29825/2020-HJR af 12. maj 2021. Sagen vedrørte en ulykkesforsikring hos Popermo Forsikring, hvor den forsikrede mistede synet på begge øjne ved to adskilte ulykker. Spørgsmålet var, om forsikringsbetingelsernes henvisning til Arbejdsskadestyrelsens méntabel også omfattede tabellens regel om parrede organer. Højesteret fastslog:

> *"Højesteret tiltræder, at henvisningen til Arbejdsskadestyrelsens méntabel i forsikringsbetingelsernes punkt 7.3 også omfatter méntabellens almindelige retningslinjer og vejledning, herunder vejledningens punkt 5 om parrede organer."*

Om den generelle undtagelsesklausul i punkt 7.7 udtalte retten:

> *"Det fremgår derimod ikke med tilstrækkelig klarhed, om punkt 7.7 tillige indebærer en undtagelse fra reglen i punkt 5 om parrede organer."*

Højesteret konkluderede:

> *"På den anførte baggrund finder Højesteret, at forsikringsbetingelserne skal fortolkes på den måde, som er mest gunstig for den sikrede, således at reglen om parrede organer finder anvendelse i det foreliggende tilfælde."*

Dommen medførte en méngrad på 80 % i stedet for de 20 %, selskabet havde beregnet, og udløste en tillægserstatning på 828.000 kr. plus sagsomkostninger.

I BS-27456/2021-HJR af 8. juni 2023 tog Højesteret stilling til en motorkøretøjsforsikrings geografiske dækning. Topdanmark hævdede, at en indledende beskrivelse der nævnte færdselslovens regler begrænsede dækningen til offentlig vej. Højesteret afviste dette og konstaterede, at forsikringsbetingelserne ikke indeholdt den *klare ordlyd*, der kræves for at indsnævre den stedlige dækning. Princippet er det samme: skal selskabet begrænse dækningen, kræves det at begrænsningen er formuleret klart og utvetydigt.

I BS-34778/2023-HJR af 19. februar 2024 fastslog Højesteret det modsatte perspektiv: at selskabets lovbestemte rettigheder efter FAL §§ 6-7 til regres ved urigtige risikooplysninger ikke kræver særskilt hjemmel i forsikringsbetingelserne. Her var lovteksten klar — og det var forsikringstageren der ikke havde opfyldt sin pligt. Dommen understreger, at uklarhedsreglen kun gælder ved reel uklarhed, ikke som et generelt beskyttelsesinstrument.

LOV Forsikringsaftaleloven § 6, stk. 1, 2 · Forsikringsaftaleloven § 7

PRAKSIS **Højesteret** · Forsikringsselskabs adgang til regres og tilbagebetaling ved urigtige risikooplysninger om bilens faste bruger 19.02.2024

Højesteret · Højesterets dom om motorkøretøjsforsikringens dækning uden for færdselslovens område ved dødsulykke under brandslukning 08.06.2023

Højesteret · Forsikringsbetingelsers fortolkning ved skade på parrede organer (øjne) og anvendelse af uklarhedsprincippet 12.05.2021

§ 3 Nævnspraksis: Uklarhed i policen og identifikation af det forsikrede

Ankenævnet for Forsikring behandler et stort antal sager om forsikringsvilkårenes fortolkning og er den primære tvistløsningsinstans for private forsikringskunder. Nævnets praksis følger konsekvent uklarhedsreglen.

I sag 103059 af 20. august 2025 var spørgsmålet, om en nedbrændt murstensbygning var identisk med "bygning nr. 6" i policen. Ved en omtegning i 2019 var bygningsbetegnelserne ændret fra bogstaver til numre, og selskabet hævdede, at den nedbrændte bygning slet ikke var forsikret. Nævnet fastslog:

- Planskitsen i policen var upræcis og vildledende.
- Selskabet havde ikke fremlagt fotos af det læskur, det påstod var den forsikrede bygning.
- Formodningen talte for, at klageren ønskede at forsikre den værdifulde murstensbygning frem for et simpelt læskur.

Nævnet konkluderede, at uklarheden om hvilken bygning der var forsikret måtte bæres af selskabet, og pålagde Gjensidige at anerkende dækning.

I sag 98158 af 18. januar 2023 fandt nævnet, at en "Garanti 701"-klausul i en bygningsbrandforsikring med tilstrækkelig tydelighed fraveg udgangspunktet om sumbegrænsning. Nævnet udtalte direkte med henvisning til Aftaleloven § 38 b:

> *"Betingelserne i denne sag kunne være formuleret væsentligt klarere."*

Selskabet bar risikoen for den uklare formulering, og klageren fik medhold i krav om fuld dækning uden sumbegrænsning.

I sag 102108 af 11. december 2024 pålagde nævnet Topdanmark at yde fuld dækning for et indbrudstyveri af smykker til 2 mio. kr., trods at sikringsskabet ikke opfyldte policens objektive krav. Afgørende var, at selskabets sikringskonsulent skriftligt havde bekræftet, at kravene var opfyldt, hvorved selskabet havde skabt en *berettiget forventning* hos forsikringstageren. Dommen illustrerer et beslægtet princip: selskabet kan ikke påberåbe sig en begrænsning, som dets egen rådgivning har tilsløret.

LOV Aftaleloven § 38b, stk. 1 · Forsikringsaftaleloven § 24

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Tvist om dækning for nedbrændt udhus: Uklarhed i police om identifikation af forsikret bygning 20.08.2025

Ankenævnet for Forsikring · Forsikringsselskab erstatningsansvarlig trods manglende overholdelse af sikringskrav grundet vildledende bekræftelse ved indtegning 11.12.2024

Ankenævnet for Forsikring · Ubegrænset dækning ved brand i fredet ejendom: Forsikringsselskabets 'Garanti'-klausul tilsidesatte policens sumbegrænsning 18.01.2023

§ 4 Grænserne for uklarhedsreglen: Klare vilkår respekteres

Uklarhedsreglen er ikke et generelt forbrugerbeskyttelsesværktøj — den finder *kun* anvendelse ved reel uklarhed. Både domstolene og Ankenævnet for Forsikring afviser konsekvent at anvende reglen, når forsikringsbetingelserne er klart og utvetydigt formuleret.

I sag 103057 af 6. august 2025 afviste nævnet dækning for en forværret tandskade, hvor forsikringsbetingelserne indeholdt en klar 3-årsfrist for tandbehandling efter ulykkestilfældet. Nævnet fandt, at formuleringen var "enkelt og utvetydig" og udgjorde en gyldig fravigelse af FAL § 120, der er fravigelig.

I sag 103163 af 25. juni 2025 påberåbte klageren sig uklarhedsreglen for at opnå selvrisikofritagelse for en dyreskade i bilens motorrum. Nævnet afviste dette, idet selvrisikoordningens liste over hændelser var *udtømmende* og klart formuleret — gnavskader fra dyr stod simpelthen ikke på listen:

> *"Selskabets vilkår var tilstrækkeligt klare, og der var derfor ikke grundlag for at anvende uklarhedsreglen til fordel for klageren."*

I sag 104889 af 6. maj 2026 fik klageren opsigelse fra sin arbejdsgiver én dag *inden* initialkarensperiodens udløb. Klageren påberåbte sig uklarhedsreglen, idet han hævdede, at vilkårene var tvetydige om, hvorvidt opsigelsestidspunktet eller det faktiske ledighedstidspunkt var afgørende. Nævnet fandt, at vilkårenes ordlyd — "tidligst dækker ufrivillig ledighed, du *får besked om* efter 1. november 2025" — var klar, og afviste uklarhedsreglen.

I sag 103922 af 22. oktober 2025 afviste nævnet ligeledes uklarhedsreglen i en sag om en stjålet elcykel med en motor der teknisk set kunne yde 1000W. Klassificeringen som motordrevet køretøj — undtaget fra indboforsikringen — beroede på køretøjets konstruktive formåen, og undtagelsen var klart formuleret.

Disse afgørelser viser, at kontraktfriheden respekteres: har selskabet formuleret sine vilkår klart, bærer forsikringstageren konsekvensen.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 120	
PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Lønsikring afvist: Opsigelse modtaget én dag før initialkarensens udløb — Ankenævnet stadfæster afslag (sag 104889)	06.05.2026
	Ankenævnet for Forsikring · Klassificering af stjålet elcykel: Afvisning af dækning under indboforsikring grundet motor med potentiel 1000W effekt	22.10.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for forværret tandskade grundet 3-årsfrist i forsikringsbetingelserne	06.08.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning uden selvrisiko for dyreskade i motorrum	25.06.2025

§ 5 Mundtlige tilsagn, skriftlige betingelser og policens helhedsfortolkning

Et tilbagevendende spørgsmål i forsikringsretlig fortolkning er forholdet mellem mundtlige tilsagn fra sælgere og de skriftlige forsikringsbetingelser.

I sag 103333 af 6. august 2025 hævdede klageren, at en forsikringssælger ved et hjemmebesøg mundtligt havde tilsagt dækning for punkterede termoruder. Forsikringsbetingelserne undtog imidlertid udtrykkeligt punktering af termoruder. Nævnet fastslog:

- Det er *kravstilleren* der påberåber sig en mundtlig fravigelse af skriftlige vilkår, der bærer bevisbyrden.

- Mangel på dokumentation — kombineret med klare skriftlige betingelser — vejer tungt.
- Ved modtagelse af policen bør forsikringstageren have identificeret eventuelle diskrepanser og henvendt sig til selskabet.

Klageren fik ikke medhold.

I sag 99402 af 27. september 2023 opstod en mere nuanceret situation: ordet "afbestilling" optrådte under policens risikooplysninger med en forsikringssum, selvom klageren aldrig havde tilvalgt afbestillingsdækning. Klageren påberåbte sig Aftaleloven § 38 b og argumenterede for, at policens indhold skabte en berettiget forventning. Nævnet gav ikke klageren medhold — men udtalte en direkte kritik af selskabets formulering:

> *"Nævnet bemærker, at det havde været ønskeligt, hvis det under policens afsnit om 'risikooplysninger' ikke var beskrevet, at forsikringssummen gælder for afbestilling, når forsikringstageren ikke har tilvalgt afbestillingsdækning."*

Afgørelsen illustrerer, at nævnet foretager en *helhedsfortolkning* af policen. Det er ikke ét enkelt afsnit der er afgørende — dækningsoversigten, læsevejledningen og betingelserne læses samlet. Men den viser også, at uklarhedsreglen har sine grænser: andre fortolkningsmomenter kan opveje den uklare formulering.

I sag 94355 af 2. september 2020 påberåbte klageren sig uklarhedsreglen i Aftaleloven § 38 b i en sag om dokumentation for stjålne genstande. Her angik spørgsmålet imidlertid ikke et uklart vilkår, men derimod bevisbyrden for ejerskab og værdi af de anmeldte genstande. Nævnet afviste at behandle sagen, da den krævede egentlig bevisførelse ved domstolene — uklarhedsreglen var ikke relevant for dette spørgsmål.

LOV	Aftaleloven § 38b, stk. 1	
PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Tvist om dækning af punkterede termoruder: Mundtligt tilsagn fra sælger over for skriftlige forsikringsbetingelser	06.08.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Tvist om afbestillingsdækning i årsrejseforsikring som følge af uklarhed i policens risikooplysninger	27.09.2023
	Ankenævnet for Forsikring · Tryg Forsikring A/S modtaget klage vedrørende afvist erstatningskrav efter indbrudstyveri	02.09.2020

§ 6 Forsikringsselskabets oplysningspligt og god skik som rettesnor

Uklarhedsreglen suppleres af forsikringsselskabets pligter efter god skik-reglerne og forsikringsaftaleloven.

FAL § 6 og FAL § 7 regulerer formelt forsikringstagerens oplysningspligt, men indebærer spejlvendt et krav til selskabet om at stille klare og loyale spørgsmål. I BS-34778/2023-HJR udtalte Højesteret, at selskabets rettigheder efter §§ 6-7 er udfyldende regler, der gælder uanset om de fremgår af forsikringsbetingelserne, jf. FAL § 3 og FAL § 10. Men denne lovbestemte adgang forudsætter, at forsikringstageren har handlet groft uagtsomt.

I nævnspraksis inddrages tillige bekendtgørelse om god skik for finansielle virksomheder. I sag 98968 af 20. marts 2024 fandt nævnet, at Privatsikring havde afvist dækning på et urigtigt grundlag, og at selskabets god skik-forpligtelse i særlige tilfælde kunne afskære det fra at påberåbe sig forældelse. Nævnet fortolkede selskabets anerkendelse af hændelsen som et afkald på forældelsesindsigelsen:

> *"Nævnet har i tidligere sager statueret, at reglerne om god skik i særlige tilfælde kan afskære et forsikringsselskab fra at påberåbe sig forældelse."*

I sagen om sikringskravene (sag 102108) skabte selskabets sikringskonsulent en berettiget forventning ved sin bekræftelse. Nævnet udtalte:

> *"Konsulentens e-mail er formuleret på en sådan måde, at selskabet har givet klageren en berettiget forventning om, at sikringsskabet opfyldte de krav, som ville komme til at fremgå af policen."*

Disse afgørelser viser, at uklarhedsreglen og god skik-reglerne fungerer som komplementære beskyttelsesmekanismer: selskabet har både en pligt til at formulere sig klart *og* en pligt til at rådgive loyalt.

LOV Forsikringsaftaleloven § 3 Forsikringsaftaleloven § 6, stk. 1, 2 Forsikringsaftaleloven § 7 Forsikringsaftaleloven § 10

PRAKSIS

Højesteret · Forsikringsselskabs adgang til regres og tilbagebetaling ved urigtige risikooplysninger om bilens faste bruger	19.02.2024
Ankenævnet for Forsikring · Forsikringsselskab erstatningsansvarlig trods manglende overholdelse af sikringskrav grundet vildledende bekræftelse ved indtegning	11.12.2024
Ankenævnet for Forsikring · Sag om stikskade ved bloddonation: Spørgsmål om forældelse og dækningsomfang	20.03.2024

§ 7 Typetilfælde: Sikringsklausuler, rumovervågning og bevisbyrde

En særlig kategori af fortolkningstvister vedrører sikringsklausuler – vilkår der betinger dækningen af bestemte fysiske sikringsforanstaltninger.

I sag 103078 af 7. januar 2026 krævede forsikringsbetingelserne "rumovervågning" via alarmanlæg. Boligen var på over 600 m² fordelt på fire etager, men havde kun to rumfølere i kælderen. Klageren påberåbte sig Aftaleloven § 38 b med argumentet, at klausulen ikke specificerede omfanget af overvågning. Klageren pegede desuden på, at selskabet *efter skaden* præciserede klausulen til at kræve overvågning i "hele boligen" – hvilket indikerede manglende klarhed i den oprindelige formulering.

Nævnet afviste at behandle sagen, da den krævede mundtlig bevisførelse, men tvisten illustrerer et centralt mønster: generisk formulerede sikringsklausuler ("rumovervågning" uden præcisering af antal sensorer eller arealdækning) kan indebære en uklarhed der falder selskabet til last.

I sag 101761 af 19. februar 2025 om tyveri af en ursamling til ca. 5 mio. kr. var problemstillingen den omvendte: selskabet havde sendt en taksator ud, udstedt en ny police med skærpede sikringskrav (bokskontakt tilkoblet alarmanlæg), og klageren hævdede at have *afvist* de nye vilkår mundtligt. Her stod klageren svagt, fordi han ikke skriftligt havde gjort indsigelse mod den fremsendte police.

Mønsteret i sikringsklausul-sager er:

- **Uklare sikringskrav** (generisk ordlyd, ingen præcisering af omfang) → risikoen for uklarheden bæres af selskabet.
- **Klare, specifikke krav** (fx EN-1143-1 Grade 0, bokskontakt, rumovervågning i hele boligen) → forsikringstageren bærer risikoen for manglende opfyldelse.
- **Selskabets egen bekræftelse** af at kravene er opfyldt → afskærer selskabet fra efterfølgende at påberåbe sig manglende opfyldelse.

LOV Aftaleloven § 38b, stk. 1 | Forsikringsaftaleloven § 18

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Bevisusikkerhed om sikringskrav og aflåsning fører til afvisning af sag om millionindbrud 07.01.2026

Ankenævnet for Forsikring · Tilsidesættelse af sikkerhedsforskrift ved tyveri af ur-samling fra pengeskab 19.02.2025

§ 8 Afgrænsning til beslægtede praksisoversigter

Uklarhedsreglen i forsikringsretten berører en lang række produktspecifikke fortolkningstvister, der behandles i selvstændige praksisoversigter:

- Spørgsmål om **forsæt og grov uagtsomhed** som undtagelsesgrund efter FAL §§ 18-20 behandles under ansvarsforsikring – forsæt og grov uagtsomhed.
- Den generelle **urimelighedsbedømmelse** efter aftalelovens §§ 31-38, herunder § 36-tilsidesættelse af vilkår uden for forsikringsområdet, behandles under aftalelovens §§ 31-38.
- Produktspecifikke fortolkningstvister hører under de respektive praksisoversigter: ulykkesforsikring – méngradsfastsættelse, kritisk sygdom-forsikring, bilforsikring – kasko og ansvar, rejseforsikring – sygdom og afbestilling, erhvervsudygtighedsforsikring og indboforsikring – tyveri og vandskade.

Nærværende praksisoversigt fokuserer på det *tværgående fortolkningsprincip* – uklarhedsreglen – som gælder uanset forsikringsprodukt.

LOV Forsikringsaftaleloven § 18

§ 9 Sammenfatning: Uklarhedsreglens systematik og praktiske betydning

Den samlede praksis tegner et klart billede af uklarhedsreglens systematik i forsikringsretten:

Fortolkningshierarki:

1. Ordlyden fortolkes først efter sin naturlige sproglige forståelse i den konkrete sammenhæng.
2. Ved uklarhed fortolkes vilkåret imod forsikringsselskabet (contra proferentem), jf. Aftaleloven § 38 b.
3. Undtagelsesklausuler fortolkes indskrænkende – selskabet skal klart og utvetydigt have udelukket den konkrete situation fra dækning.
4. Policen læses som en helhed – ét uklart afsnit kan opvejes af andre klare elementer i dækningsoversigt, læsevejledning og betingelser.

Bevisbyrden:

- Selskabet bærer bevisbyrden for, at et vilkår har været genstand for individuel forhandling.
- Selskabet bærer risikoen for uklare formuleringer.
- Forsikringstageren bærer bevisbyrden for mundtlige tilsagn der fraviger skriftlige vilkår.

Begrænsninger:

- Reglen finder kun anvendelse ved *reel* uklarhed — klare vilkår respekteres, jf. sag 103057 (3-årsfrist), sag 103163 (udtømmende liste) og sag 104889 (opsigelsestidspunkt).
- Kontraktfriheden er det grundlæggende udgangspunkt — forsikringsaftalens indhold respekteres, så længe vilkårene er tilstrækkeligt klare.

Praktisk betydning:
For forsikringsselskaber er reglen et stærkt incitament til at formulere betingelser klart, specifikt og utvetydigt. For forsikringstagere — og deres rådgivere — er det afgørende at identificere uklarheder tidligt i skadesbehandlingen, idet uklarhedsreglen kun aktiveres ved reel tvetydighed i vilkårene. Højesterets dom i BS-29825/2020-HJR er den mest autoritative formulering af princippet og bør påberåbes i enhver forsikringstvist, hvor vilkårsfortolkningen er omtvistet.

LOV	Aftaleloven § 38b, stk. 1	
PRAKSIS	**Højesteret** · Forsikringsbetingelsers fortolkning ved skade på parrede organer (øjne) og anvendelse af uklarhedsprincippet	12.05.2021
	Ankenævnet for Forsikring · Lønsikring afvist: Opsigelse modtaget én dag før initialkarensens udløb — Ankenævnet stadfæster afslag (sag 104889)	06.05.2026
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for forværret tandskade grundet 3-årsfrist i forsikringsbetingelserne	06.08.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning uden selvrisiko for dyreskade i motorrum	25.06.2025

REFERENCE Lovgrundlag

6 paragraffer

Aftaleloven § 36		Aftaleloven § 38b	stk. 1, 2
Aftaleloven § 38c	stk. 1	Forsikringsaftaleloven § 6	stk. 1, 2
Forsikringsaftaleloven § 7		Forsikringsaftaleloven § 24	

MATERIALE Citerede afgørelser

19 afgørelser

HØJESTERET · ØVERSTE INSTANS 4

19.02.2024	Forsikringsselskabs adgang til regres og tilbagebetaling ved urigtige risikooplysninger om bilens faste bruger	bs-34778-2023-hjr
25.09.2023	Bøde på 16,9 mio. kr. for vildledende markedsføring af bilforsikring (Fastpris)	101/2022
08.06.2023	Højesterets dom om motorkøretøjsforsikringens dækning uden for færdselslovens område ved dødsulykke under brandslukning	bs-27456-2021-hjr
12.05.2021	Forsikringsbetingelsers fortolkning ved skade på parrede organer (øjne) og anvendelse af uklarhedsprincippet	bs-29825-2020-hjr

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS 15

06.05.2026	Lønsikring afvist: Opsigelse modtaget én dag før initialkarensens udløb — Ankenævnet stadfæster afslag (sag 104889)	104889
07.01.2026	Bevisusikkerhed om sikringskrav og aflåsning fører til afvisning af sag om millionindbrud	103078
22.10.2025	Klassificering af stjålet elcykel: Afvisning af dækning under indboforsikring grundet motor med potentiel 1000W effekt	103922
20.08.2025	Tvist om dækning for nedbrændt udhus: Uklarhed i police om identifikation af forsikret bygning	103059
06.08.2025	Afvisning af dækning for forværret tandskade grundet 3-årsfrist i forsikringsbetingelserne	103057
06.08.2025	Tvist om dækning af punkterede termoruder: Mundtligt tilsagn fra sælger over for skriftlige forsikringsbetingelser	103333
25.06.2025	Afvisning af dækning uden selvrisiko for dyreskade i motorrum	103163
19.02.2025	Tilsidesættelse af sikkerhedsforskrift ved tyveri af ur-samling fra pengeskab	101761
11.12.2024	Forsikringsselskab erstatningsansvarlig trods manglende overholdelse af sikringskrav grundet vildledende bekræftelse ved indtegning	102108
11.09.2024	Pro rata nedsættelse af ménerstatning som følge af manglende anmeldelse af erhvervsskifte fra barsel til arbejde	101302
21.08.2024	Afvisning af krav om tilbagebetaling af præmie for bygningsforsikring tegnet af ikke-ejer	100845
20.03.2024	Sag om stikskade ved bloddonation: Spørgsmål om forældelse og dækningsomfang	98968
27.09.2023	Tvist om afbestillingsdækning i årsrejseforsikring som følge af uklarhed i policens risikooplysninger	99402
18.01.2023	Ubegrænset dækning ved brand i fredet ejendom: Forsikringsselskabets 'Garanti'-klausul tilsidesatte policens sumbegrænsning	98158
02.09.2020	Tryg Forsikring A/S modtaget klage vedrørende afvist erstatningskrav efter indbrudstyveri	94355

16 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over forsikringssvig og dækningsbortfald (FAL § 21)

Skadesoplysninger, bevisbyrde og bortfaldsgrunde efter forsikringsaftaleloven

Version 2 Opdateret 16. jul. 2026 12 afgørelser · 2012–2025 Læs online

INTRODUKTION

Praksisoversigten behandler retsvirkningerne af urigtige eller manglende oplysninger afgivet på skadestidspunktet – dvs. efter forsikringsbegivenhedens indtræden. Retsgrundlaget er sammensat: pligten til at oplyse står i FAL § 22, stk. 1, mens sanktionen hentes i FAL § 21, stk. 2, og fingerede eller forsætligt fremkaldte skader afgøres efter FAL § 18, stk. 1. Praksis viser, at bevisbyrden for en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed påhviler den sikrede, og at selskabet kan afvise dækning ved at skabe tilstrækkelig tvivl om rigtigheden af det anmeldte hændelsesforløb. Urigtige oplysninger ved tegning falder uden for og behandles i oplysningspligt-fal.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Pligten til at afgive skadesoplysninger står i FAL § 22, stk. 1, mens sanktionen hentes i FAL § 21, stk. 2 – § 21 regulerer efter sin ordlyd selv kun anmeldelsespligten.

02 Sanktionen efter FAL § 21, stk. 2, 1. pkt. er proportional: selskabet er ikke ansvarligt i videre omfang, end det ville have været, hvis meddelelsen var givet korrekt.

03 Er selskabet på grund af forsømmelsen afskåret fra at oplyse omstændigheder, der ville ophæve eller begrænse ansvaret, afgøres det efter et konkret skøn, om erstatning skal ydes og med hvilket beløb, jf. FAL § 21, stk. 2, 2. pkt.

04 FAL § 21, stk. 4 forbyder som udgangspunkt at aftale strengere følger af manglende anmeldelse – men gælder ikke for tyveri-, garanti-, haglskade- og kreaturforsikring samt skadesforsikring af motorkøretøjer.

05 Fingerede og forsætligt fremkaldte skader afgøres efter FAL § 18, stk. 1, hvorefter den sikrede slet intet krav har mod selskabet.

06 Bevisbyrden for, at der foreligger en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed, påhviler den sikrede.

07 Selskabet kan afvise dækning ved at skabe tilstrækkelig tvivl om rigtigheden af det anmeldte hændelsesforløb – der kræves ikke fuldt bevis for svig.

08 Tekniske spor- og skadesundersøgelser er i praksis det bærende bevismiddel, når et anmeldt hændelsesforløb bestrides.

09 Erstatning udbetalt uden forpligtelse kan som udgangspunkt kræves tilbage, medmindre modtageren var i god tro (condictio indebiti).

10 Urigtige oplysninger ved tegning bedømmes efter FAL §§ 4-7 og ikke efter §§ 21-22.

11 Forsikringssvig kan efter omstændighederne straffes som bedrageri efter straffeloven § 279 med fængsel indtil 1 år og 6 måneder, jf. § 285, stk. 1.

§ 1 Pligtens placering: § 22 stiller kravet, § 21, stk. 2 leverer sanktionen

Det er en udbredt misforståelse, at forsikringsaftalelovens § 21 selv indeholder en regel om urigtige skadesoplysninger. Det gør den ikke. Bestemmelsen regulerer efter sin ordlyd alene **anmeldelsespligten**:

> *Er forsikringsbegivenheden indtrådt, skal den sikrede uden ophold give selskabet meddelelse derom, hvis han i den anledning vil rejse krav mod dette.*

Pligten til at afgive korrekte og fyldestgørende **oplysninger om skaden** står derimod i § 22, stk. 1:

> *Den sikrede skal, hvis han rejser krav mod selskabet, give dette alle ham tilgængelige oplysninger om forhold, som kan være af betydning for bedømmelsen af forsikringsbegivenheden, for fastsættelsen af det beløb, selskabet skal yde, eller for de dækningskrav, selskabet måtte have mod andre.*

Forbindelsen mellem de to bestemmelser skabes af § 22, stk. 2, der ikke selv angiver en retsfølge, men henter den i § 21:

> *Forsømmer den sikrede at give sådanne oplysninger, har dette den i § 21, 2det stykke, angivne virkning.*

Det er denne henvisning, der gør § 21, stk. 2 til den centrale sanktionsbestemmelse ved urigtige eller mangelfulde skadesoplysninger. Sondringen har praktisk betydning: pligtens indhold og rækkevidde skal udledes af § 22 (hvilke oplysninger, hvor grundigt, hvornår), mens virkningen af pligtbruddet skal udledes af § 21, stk. 2. Kravet i § 22 er afgrænset af, hvad der er den sikrede **tilgængeligt** – det er ikke en pligt til at oplyse forhold, den sikrede ikke er eller burde være bekendt med.

Oplysningspligten efter § 22 knytter sig desuden til tre selvstændige formål: bedømmelsen af selve forsikringsbegivenheden, opgørelsen af erstatningsbeløbet, og selskabets eventuelle regreskrav mod tredjemand. En oppustet tabsopgørelse rammer det andet formål; et fingeret hændelsesforløb rammer det første.

LOV Forsikringsaftaleloven § 21, stk. 1, 2 Forsikringsaftaleloven § 22, stk. 1, 2

§ 2 § 21, stk. 2's proportionale sanktion og grænsen for at aftale strengere følger

§ 21, stk. 2 indeholder to led med hver sin logik:

> *Forsømmer den sikrede dette, er selskabet ikke ansvarlig i videre omfang, end det ville have været, hvis sådan meddelelse var givet. Gøres det antageligt, at selskabet på grund af forsømmelsen er blevet afskåret fra at oplyse omstændigheder, som ville ophæve eller begrænse dets ansvar, afgøres det under hensyn til de foreliggende omstændigheder, om erstatning skal ydes og i bekræftende fald med hvilket beløb.*

Første led er en ren differenceregel: selskabet stilles, som om pligten var opfyldt. Har forsømmelsen ingen konsekvens for selskabets stilling, indtræder ingen sanktion. Dette er udgangspunktet og indebærer, at et pligtbrud efter § 22 ikke i sig selv fører til fuldt dækningsbortfald.

Andet led rammer den situation, hvor forsømmelsen har afskåret selskabet fra bevissikring – typisk fordi spor er forsvundet, genstande er bortskaffet, eller besigtigelse er blevet umulig. Her flyttes afgørelsen til et konkret skøn, hvor udfaldet kan spænde fra fuld erstatning til intet. Beviskravet er lempeligt for selskabet: det skal blot "gøres antageligt", at afskæringen er sket.

En central begrænsning følger af § 21, stk. 4, der gør reguleringen ufravigelig:

> *Det kan ikke med retsvirkning aftales, at strengere følger end her foreskrevet skal indtræde, hvis den sikrede eller andre undlader at give selskabet meddelelse af den ovenfor nævnte art. Denne bestemmelse gælder ikke for tyveri-, garanti-, haglskade- og kreaturforsikring samt skadesforsikring af motorkøretøjer.*

Undtagelsen for de fire nævnte forsikringsarter er ikke tilfældig. Af de oprindelige lovforarbejder til § 21 fra Forslag til Lov om Forsikringsaftaler af 6. november 1929 fremgår begrundelsen for, at skadesforsikring af motorkøretøjer blev tilføjet:

> *I Paragraffens sidste Stykke har man til de der nævnte Forsikringsarter efter Henstilling fra Assurandør-Societetet tilføjet Skadesforsikring af Motorkøretøjer (dens saakaldte Automobil-Kaskoforsikring), idet en uopholdelig Skadesanmeldelse ogsaa for denne Forsikringsart ifølge Sagens Natur er af væsentlig Betydning.*

Lovgiver anerkendte altså allerede i 1929, at der findes forsikringsarter, hvor bevissikringen er så tidskritisk, at policevilkår må kunne knytte strengere følger til en for sen anmeldelse. For alle øvrige forsikringsarter sætter § 21, stk. 4 en bund, som forsikringsvilkår ikke kan gå under.

LOV Forsikringsaftaleloven § 21, stk. 2, 4

§ 3 Fingerede og forsætligt fremkaldte skader afgøres efter FAL § 18 – ikke efter § 21

Den skarpeste sanktion ved forsikringssvig ligger ikke i § 21, men i § 18, stk. 1:

> *Fremkalder den sikrede forsætligt forsikringsbegivenheden, har han ikke noget krav mod selskabet.*

Hvor § 21, stk. 2 er proportional og skønspræget, er § 18, stk. 1 absolut: den sikrede har **intet** krav. Ved den fingerede skade – det arrangerede færdselsuheld, den iscenesatte brand, det opdigtede tyveri – er det derfor § 18 og ikke § 21, der bærer afgørelsen. § 21/§ 22 angår den sikrede, der har en reel skade, men oplyser den forkert; § 18 angår den sikrede, hvis skade slet ikke er en forsikringsbegivenhed i lovens forstand.

Ankenævnet for Forsikring anvendte netop denne konstruktion i AK 91.726 (2019). En bilist anmeldte en påkørsel, men selskabets skadeinspektør fandt en række tekniske uoverensstemmelser: lodrette ridser i modpartens lak indikerede, at modpartens bil havde holdt **stille** ved påkørslen, fem mærker på fordøren – heraf tre dobbelte – antydede påkørsel to gange, og skaderne på klagerens egen bil tydede på frontal påkørsel af en næsten eller helt stillestående genstand. Begge biler var i dårlig vedligeholdelsesstand, og klagerens bil havde glykol i motorolien og over 415.000 km på tælleren. Selskabet konkluderede, at skaderne var forvoldt forsætligt, jf. FAL § 18.

Nævnets præmis viser det anvendte beviskrav:

> *Nævnet finder, at de fremlagte undersøgelser og omstændighederne omkring den anmeldte hændelse er så særegne, at selskabet har skabt tilstrækkelig tvivl om rigtigheden af klagerens beskrevne hændelsesforløb. Nævnet kan derfor ikke kritisere selskabets afgørelse om at afvise dækning.*

Afgørelsen illustrerer et mønster af betydelig praktisk rækkevidde: selskabet skal **ikke** føre fuldt bevis for svig. Det er tilstrækkeligt at skabe kvalificeret tvivl om det anmeldte hændelsesforløb, hvorefter dækningen falder – fordi den sikrede ikke længere kan løfte sin egen bevisbyrde for, at der overhovedet foreligger en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed. Bevistemaet forskydes dermed reelt fra "har den sikrede begået svig?" til "har den sikrede bevist en dækket skade?".

De bevismidler, der bar afgørelsen, er karakteristiske for sagstypen:

- teknisk sporundersøgelse af skadernes retning, højde og karakter
- sammenholdelse af skadesbilledet med parternes forklaringer om fart og bevægelse
- objektive data fra køretøjet (motortester, olieanalyse, kilometerstand)
- køretøjets forudgående stand og et eventuelt økonomisk motiv til afhændelse

LOV Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 1

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Topdanmark Forsikring A/S: Afvisning af dækning efter færdselsuheld grundet tvivl om hændelsesforløb 04.09.2019

§ 4 Bevisbyrden for en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed påhviler den sikrede

Fordi selskabet ved bestridte hændelsesforløb kan nøjes med at skabe tvivl, er placeringen af bevisbyrden afgørende for udfaldet. Ankenævnets praksis er her entydig: det er den sikrede, der skal bevise, at der foreligger en dækningsberettiget skade.

I AK 92.327 (2018) om en vandskade efter arbejde på et tag indledte nævnet med udtrykkeligt at fastslå, at bevisbyrden for, at der foreligger en dækningsberettiget skade, påhviler forsikringstageren. Nævnet konkluderede:

> *Efter en gennemgang af sagen og efter en samlet vurdering finder nævnet, at klageren ikke har bevist, at den anmeldte skade omfattes af bygningsforsikringens pkt. 2.7 om pludselig skade.*

Samme udgangspunkt anvendes ved opgørelsen af kravets størrelse. I AK 98.404 (2024) fandt nævnet, at klageren ikke havde løftet bevisbyrden for, at det varige mén oversteg de anerkendte 5 %. Nævnet lagde

afgørende vægt på fraværet af **strakssymptomer** – skadestuejournalen fra ulykkesdagen viste specifikt ingen nakkesmerter, og de første klager kom først 18 dage senere. Tidsmæssig uoverensstemmelse mellem den anmeldte hændelse og de dokumenterede symptomer er et gennemgående kontrolpunkt.

I AK 100.038 (2023) bemærkede nævnet tilsvarende udtrykkeligt, at det er klageren, der har bevisbyrden, da en forsikringstager søgte at gøre selskabet ansvarligt for sagsbehandlingen.

Det samlede mønster kan sammenfattes således:

Bevistema	Bevisbyrde	Konsekvens hvis ikke løftet
Foreligger en dækket forsikringsbegivenhed?	Den sikrede	Ingen dækning
Kravets størrelse/omfang	Den sikrede	Kun det dokumenterede erstattes
Ansvarsbegrænsende omstændigheder	Selskabet	Fuld dækning
Tvivl om anmeldt hændelsesforløb	Selskabet (blot "tilstrækkelig tvivl")	Dækning kan afvises

For den oppustede tabsopgørelse betyder dette, at den sikrede reelt bærer risikoen for udokumenterede poster: uden dokumentation for den enkelte genstands eksistens, værdi og tilstedeværelse ved skaden er posten ikke bevist, og kravet reduceres tilsvarende – helt uden at selskabet behøver kvalificere forholdet som svig.

LOV Forsikringsaftaleloven § 22, stk. 1

PRAKSIS
- **Ankenævnet for Forsikring** · Tvist om méngrad efter kørestolsulykke: Årsagssammenhæng til diskusprolapser og fradrag for forudbestående lidelser — 30.10.2024
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afvist krav om svie og smerte: Tvist om sagsbehandlingsfejl hos Sønderjysk Forsikring — 11.10.2023
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning for vandskade grundet manglende samtidighed mellem årsag og virkning — 05.12.2018

§ 5 De tilgrænsende bortfaldsgrunde: grov uagtsomhed og tabsbegrænsningspligt

Ved siden af svig-tilfældene opererer forsikringsaftaleloven med bortfaldsgrunde, der ofte påberåbes i samme sagskompleks, og som deler § 21, stk. 2's skønsprægede struktur.

Grov uagtsomhed ved fremkaldelse af skaden. § 18, stk. 2 bestemmer, at når forsikringsbegivenheden er fremkaldt ved grov uagtsomhed, afgøres det "under hensyn til skyldgraden og omstændighederne i øvrigt", om erstatning skal ydes og med hvilket beløb – ved livsforsikring og ansvarsforsikring hæfter selskabet dog fuldt ud. Hertil kommer § 20, der sætter en ufravigelig nedre grænse:

> *Det kan ikke med retsvirkning aftales, at selskabet skal være fri for ansvar, hvis forsikringsbegivenheden er fremkaldt ved en uagtsomhed, der ikke kan betegnes som grov.*

I AK 98.194 (2022) fastslog nævnet, at kørsel over for rødt lys efter nævnets praksis som udgangspunkt anses for grov uagtsomhed. Afgørelsen er instruktiv for, hvad der **ikke** er formildende: træthed, forveksling af lyssignaler, manglende sigtelse fra politiet og fraværet af en straffesag betragtes ikke som formildende omstændigheder i forsikringsretlig praksis. Nævnet afviste udtrykkeligt en ældre kendelse (AK nr. 84.213), som klageren påberåbte

sig, med den begrundelse, at den var afsagt under en anden og nu forladt praksis. Tilsvarende blev dækning afvist som følge af grov uagtsomhed i AK 101.908 (2024) om brug af en rundsav.

At en strafferetlig forfølgning ikke er iværksat, er altså uden betydning for den forsikringsretlige bedømmelse. Det er en pointe med direkte overførselsværdi til svig-sagerne: selskabet kan afvise dækning, selv om anklagemyndigheden aldrig rejser tiltale efter straffeloven § 279.

Tabsbegrænsningspligten. Efter § 52 skal den sikrede efter evne afværge eller begrænse skaden, men pligten kan kun påberåbes ved forsæt eller grov uagtsomhed, jf. § 52, stk. 2. AK 102.494 (2025) viser den differentierede anvendelse: nævnet fandt, at klageren **ikke** havde handlet groft uagtsomt ved at betale et restbeløb i god tro næsten tre måneder før afrejse, men **derimod** havde tilsidesat tabsbegrænsningspligten groft uagtsomt ved at betale endnu et restbeløb, efter at hun havde indset, at rejsen måtte afbestilles. Afgørende var, at hun som minimum burde have kontaktet selskabet inden betalingen. Selv ved konstateret grov uagtsomhed opgjorde nævnet dog dækningspligten ud fra de faktiske annulleringsomkostninger og tilkendte 23.288 kr. – en illustration af, at bortfald også her beregnes efter en differencebetragtning frem for at ramme kravet i sin helhed.

LOV Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 2 · Forsikringsaftaleloven § 20 · Forsikringsaftaleloven § 52, stk. 1, 2

PRAKSIS
- **Ankenævnet for Forsikring** · Tvist om afbestillingsforsikring: Dækning af restbeløb betalt efter skadens opståen — 23.04.2025
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af ulykkesforsikringsdækning grundet grov uagtsomhed ved brug af rundsav — 13.11.2024
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning efter kørsel over for rødt lys: Spørgsmål om grov uagtsomhed og formildende omstændigheder — 12.10.2022

§ 6 Tilbagesøgning af allerede udbetalt erstatning

Opdages de urigtige oplysninger først, efter at erstatningen er udbetalt, opstår spørgsmålet om tilbagesøgning. Ankenævnet formulerede udgangspunktet i AK 94.014 (2020):

> *For så vidt angår selskabets tilbagebetalingskrav, følger det af almindelige forsikringsretlige principper, at et forsikringsselskab, der har udbetalt erstatning i et tilfælde, hvor det ikke har været forpligtet til det, har mulighed for at kræve den udbetalte erstatning tilbagebetalt. Dette kan fraviges efter reglerne om condictio indebiti, hvis modtageren har været i god tro om sin berettigelse til beløbet.*

Adgangen til tilbagesøgning er altså hovedreglen, mens god tro hos modtageren er undtagelsen. I sagen fandt nævnet efter en samlet vurdering – herunder tilbagebetalingsbeløbets størrelse og forløbet omkring afgivelsen af oplysningerne – ikke grundlag for at kritisere kravet om tilbagebetaling af 2.682,73 kr.

Dette har betydelig praktisk vægt i svig-sagerne: har den sikrede selv afgivet de urigtige oplysninger, vil god tro efter sagens natur sjældent kunne påberåbes, og hele det udbetalte beløb kan kræves tilbage. Ved den oppustede tabsopgørelse betyder det, at også den **berettigede** del af udbetalingen efter omstændighederne kan komme i spil, hvis grundlaget for udbetalingen som helhed er bortfaldet.

LOV Forsikringsaftaleloven § 22, stk. 1

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Sygeforsikringen "danmark" – Annullering af medlemskab grundet manglende oplysninger om helbred 04.03.2020

§ 7 Afgrænsning: urigtige oplysninger ved tegning følger FAL §§ 4-7

Urigtige oplysninger afgivet ved **aftalens indgåelse** bedømmes efter en helt anden regelbygning end skadesoplysningerne, og sondringen er afgørende for både hjemmel og retsfølge. Området behandles selvstændigt i oplysningspligt-fal, men afgrænsningen skal fastholdes her, fordi de to regelsæt hyppigt påberåbes samtidig af selskaberne.

Ved tegning er hjemlen FAL § 6, stk. 1 og § 7, og retsfølgen er, at selskabet bliver fri for ansvar – i praksis ved annullation af policen med **tilbagevirkende kraft**. Det er en anden og mere vidtgående retsfølge end § 21, stk. 2's differenceregel, fordi den rammer selve aftalen og ikke blot det enkelte krav.

Tre afgørelser illustrerer mønstret:

- AK 94.014 (2020): et medlem afgav en "ren" helbredserklæring og konsulterede fire dage senere lægen om angst. Nævnet fandt, at hun ved at undlade at oplyse om sine psykiske problemer havde udvist en sådan uagtsomhed, at hun måtte anses for at have givet urigtige oplysninger, jf. § 7, jf. § 6, stk. 1. Det korte tidsrum mellem tegning og lægekonsultation bar afgørelsen.
- AK 101.431 (2024): en bådforsikring blev tegnet 31. oktober 2023, båden grundstødte 10. december, og skaden blev anmeldt 26. december. Selskabet opsagde med tilbagevirkende kraft, fordi bådens fører – som nævnet anså for at tilhøre klagerens husstand – havde gæld til et andet selskab og en opsagt police. Nævnet fandt, at klageren **objektivt set** havde afgivet urigtige oplysninger, og at dette måtte tilregnes hende som uagtsomt.
- AK 81.001 (2012): dækning for en stjålet bil blev afvist under henvisning til urigtige oplysninger ved forsikringstegningen.

AK 101.431 viser, hvor tæt de to regelsæt kan ligge i den praktiske sag: skaden var reel og anmeldt, men det var **tegningsoplysningerne** – ikke skadesoplysningerne – der bar afvisningen. Den korrekte subsumption afgøres derfor af, hvornår den urigtige oplysning blev afgivet, ikke af hvornår den blev opdaget.

LOV Forsikringsaftaleloven § 6, stk. 1 Forsikringsaftaleloven § 7

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Afgørelse om afvisning af dækning på bådforsikring grundet urigtige risikooplysninger 09.10.2024

Ankenævnet for Forsikring · Sygeforsikringen "danmark" – Annullering af medlemskab grundet manglende oplysninger om helbred 04.03.2020

Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af dækning for stjålet bil grundet urigtige oplysninger ved forsikringstegning 20.08.2012

§ 8 Anmeldelsesfrister, ufravigelighed og forældelse

Fordi § 21, stk. 1 knytter anmeldelsespligten til, at meddelelse gives "uden ophold", er fristreglerne en integreret del af bortfaldsvurderingen. To afgørelser afgrænser rammen.

I AK 101.510 (2024) fastslog nævnet rækkevidden af § 29, stk. 6, hvorefter anmeldelsesfrister ved forsikringens ophør ikke må være kortere end 6 måneder. Nævnet fandt, at hjemmelsbestemmelsen i lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom mv. § 5, stk. 3 hverken efter sin ordlyd eller sine forarbejder gav hjemmel til at fravige § 29, stk. 6 – som ved forbrugerforsikring ikke ved forudgående aftale kan fraviges til skade for forsikringstageren eller sikrede. En bekendtgørelse og et policevilkår kunne dermed ikke afkorte den lovbestemte frist, og anmeldelsen var rettidig. Afgørelsen er et markant udslag af den samme ufravigelighedstankegang, der bærer § 21, stk. 4.

I AK 101.354 (2024) gik kravet derimod tabt. Nævnet lagde til grund, at den 3-årige frist efter forældelseslovens § 3 løb fra det tidspunkt, hvor klageren første gang var bekendt med problemerne:

> *Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren anmeldte forhold ved fugerne allerede tilbage i marts 2018, hvorfor den 3-årige forældelsesfrist senest kan regnes fra dette tidspunkt, jf. forældelsesloven § 3, stk. 1 og stk. 2.*

Hertil kom tillægsfristen efter FAL § 29, stk. 5, hvorefter forældelse tidligst indtræder 1 år efter selskabets meddelelse om afslag. Da afslaget kom 21. december 2020, udløb tillægsfristen 21. december 2021, og henvendelsen i januar 2024 var for sen.

Samspillet er værd at holde fast i: § 21, stk. 2 sanktionerer den **sene** anmeldelse proportionalt efter dens konsekvens for selskabet, mens forældelsesreglerne udgør en selvstændig, absolut spærre, der ikke beror på nogen vurdering af, om selskabet led et bevistab.

LOV Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 5, 6 · Forældelsesloven § 3, stk. 1, 2

PRAKSIS
- **Ankenævnet for Forsikring** · Dansk Boligforsikring: Afvisning af forhøjelse af dækning efter byggeskadeforsikrings dækning af yderligere skade — 30.10.2024
- **Ankenævnet for Forsikring** · Krav om dækning for smuldrende murefuger på østgavl efter udløb af forældelsesfrist og byggeskadeforsikring — 21.08.2024

§ 9 Den strafferetlige overbygning: bedrageri efter straffeloven § 279

Forsikringssvig er ikke selvstændigt kriminaliseret i dansk ret. Den strafferetlige bedømmelse sker efter den almindelige bedrageribestemmelse i straffeloven § 279:

> *For bedrageri straffes den, som, for derigennem at skaffe sig eller andre uberettiget vinding, ved retsstridigt at fremkalde, bestyrke eller udnytte en vildfarelse bestemmer en anden til en handling eller undladelse, hvorved der påføres denne eller nogen, for hvem handlingen eller undladelsen bliver afgørende, et formuetab.*

Gerningsindholdet passer strukturelt på begge hovedtyper af forsikringssvig. Ved den **fingerede skade** fremkaldes vildfarelsen hos selskabet om, at der overhovedet er indtrådt en forsikringsbegivenhed. Ved den **oppustede tabsopgørelse** fremkaldes eller bestyrkes vildfarelsen om kravets størrelse. I begge tilfælde er formuetabet selskabets udbetaling, og berigelseshensigten ligger i den uberettigede erstatning.

Strafferammen følger af § 285, stk. 1, der omfatter §§ 276, 276 a og 278-283 – og dermed § 279:

> *De i §§ 276, 276 a og 278-283 nævnte forbrydelser straffes med fængsel indtil 1 år og 6 måneder.*

De to spor er retligt uafhængige. Som AK 98.194 viser for uagtsomhedssagerne, er hverken en manglende sigtelse eller fraværet af en straffesag en formildende omstændighed i den forsikringsretlige bedømmelse.

Omvendt er den forsikringsretlige afvisning ikke betinget af, at de strengere strafferetlige beviskrav kan opfyldes: selskabet kan efter AK 91.726 afvise dækning allerede ved at skabe tilstrækkelig tvivl om hændelsesforløbet, hvor en domfældelse efter § 279 ville forudsætte bevis for forsæt ud over enhver rimelig tvivl.

LOV Straffeloven § 279 · Straffeloven § 285, stk. 1

PRAKSIS
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning efter kørsel over for rødt lys: Spørgsmål om grov uagtsomhed og formildende omstændigheder — 12.10.2022
- **Ankenævnet for Forsikring** · Topdanmark Forsikring A/S: Afvisning af dækning efter færdselsuheld grundet tvivl om hændelsesforløb — 04.09.2019

§ 10 Sammenfatning: fire adskilte spor ved urigtige skadesoplysninger

Den praktiske behandling af en sag om urigtige skadesoplysninger bør holde fire spor adskilt, fordi hjemmel, beviskrav og retsfølge er forskellige:

1. **Er skaden reel?** Er der tvivl om, at forsikringsbegivenheden overhovedet er indtrådt som anmeldt, er hjemlen FAL § 18, stk. 1, og retsfølgen absolut: intet krav. Selskabet skal ikke bevise svig, men blot skabe tilstrækkelig tvivl om hændelsesforløbet, jf. AK 91.726 – hvorefter den sikrede fejler i sin egen bevisbyrde.
2. **Er oplysningerne om den reelle skade korrekte?** Her er pligten § 22, stk. 1, og sanktionen hentes i § 21, stk. 2. Udgangspunktet er proportionalt: selskabet stilles, som om oplysningen var givet korrekt. Er selskabet afskåret fra bevissikring, går afgørelsen over i et konkret skøn, der kan føre til fuldt bortfald. § 21, stk. 4 spærrer for strengere aftalte følger – undtagen ved tyveri-, garanti-, haglskade- og kreaturforsikring samt skadesforsikring af motorkøretøjer.
3. **Hvornår blev oplysningen afgivet?** Ligger den urigtige oplysning ved **tegningen**, er hjemlen §§ 6-7, og retsfølgen kan være annullation med tilbagevirkende kraft, jf. AK 94.014 og AK 101.431. Dette spor er selvstændigt og behandles i oplysningspligt-fal.
4. **Er erstatningen allerede udbetalt?** Da kan den som udgangspunkt kræves tilbage efter almindelige forsikringsretlige principper, medmindre modtageren var i god tro, jf. AK 94.014 og reglerne om condictio indebiti.

Gennemgående er, at bevisbyrden for en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed og for kravets størrelse påhviler den sikrede, jf. AK 92.327, AK 98.404 og AK 100.038. Det er dette forhold – snarere end en selvstændig svig-regel – der i praksis bærer selskabernes afvisninger: den oppustede tabsopgørelse skæres ned, fordi de udokumenterede poster ikke er bevist, og den fingerede skade afvises, fordi hændelsesforløbet ikke er bevist. Den strafferetlige forfølgning efter straffeloven § 279 løber uafhængigt heraf og er hverken en betingelse for eller en hindring mod den forsikringsretlige afvisning.

LOV Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 1 · Forsikringsaftaleloven § 21, stk. 2, 4 · Forsikringsaftaleloven § 22, stk. 1 · Straffeloven § 279

PRAKSIS
- **Ankenævnet for Forsikring** · Tvist om méngrad efter kørestolsulykke: Årsagssammenhæng til diskusprolapser og fradrag for forudbestående lidelser — 30.10.2024
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afgørelse om afvisning af dækning på bådforsikring grundet urigtige risikooplysninger — 09.10.2024

Ankenævnet for Forsikring · Afvist krav om svie og smerte: Tvist om sagsbehandlingsfejl hos Sønderjysk Forsikring 11.10.2023

Ankenævnet for Forsikring · Sygeforsikringen "danmark" – Annullering af medlemskab grundet manglende oplysninger om helbred 04.03.2020

Ankenævnet for Forsikring · Topdanmark Forsikring A/S: Afvisning af dækning efter færdselsuheld grundet tvivl om hændelsesforløb 04.09.2019

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for vandskade grundet manglende samtidighed mellem årsag og virkning 05.12.2018

REFERENCE Lovgrundlag

6 paragraffer

Forsikringsaftaleloven § 18	stk. 1	Forsikringsaftaleloven § 20	
Forsikringsaftaleloven § 21	stk. 2	Forsikringsaftaleloven § 22	stk. 1
Straffeloven § 279		Straffeloven § 285	stk. 1

MATERIALE Citerede afgørelser

12 afgørelser

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS		12
23.04.2025	Tvist om afbestillingsforsikring: Dækning af restbeløb betalt efter skadens opståen	102494
13.11.2024	Afvisning af ulykkesforsikringsdækning grundet grov uagtsomhed ved brug af rundsav	101908
30.10.2024	Dansk Boligforsikring: Afvisning af forhøjelse af dækning efter byggeskadeforsikrings dækning af yderligere skade	101510
30.10.2024	Tvist om méngrad efter kørestolsulykke: Årsagssammenhæng til diskusprolapser og fradrag for forudbestående lidelser	98404
09.10.2024	Afgørelse om afvisning af dækning på bådforsikring grundet urigtige risikooplysninger	101431
21.08.2024	Krav om dækning for smuldrende murefuger på østgavl efter udløb af forældelsesfrist og byggeskadeforsikring	101354
11.10.2023	Afvist krav om svie og smerte: Tvist om sagsbehandlingsfejl hos Sønderjysk Forsikring	100038
12.10.2022	Afvisning af dækning efter kørsel over for rødt lys: Spørgsmål om grov uagtsomhed og formildende omstændigheder	98194
04.03.2020	Sygeforsikringen "danmark" – Annullering af medlemskab grundet manglende oplysninger om helbred	94014
04.09.2019	Topdanmark Forsikring A/S: Afvisning af dækning efter færdselsuheld grundet tvivl om hændelsesforløb	91726
05.12.2018	Afvisning af dækning for vandskade grundet manglende samtidighed mellem årsag og virkning	92327

20.08.2012	Afgørelse om afvisning af dækning for stjålet bil grundet urigtige oplysninger ved forsikringstegning	81001

17 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over forsikringssvig som strafbart bedrageri

Kvalifikation, forsøg, bevis og strafudmåling efter straffelovens §§ 279, 165 og 181, stk. 2

Version 2 Opdateret 16. jul. 2026 24 afgørelser · 2008-2026 Læs online

INTRODUKTION

Forsikringssvig forfølges strafferetligt som almindeligt bedrageri efter straffelovens § 279: forsikringstageren fremkalder eller udnytter retsstridigt en vildfarelse hos selskabet om en forsikringsbegivenhed for at opnå uberettiget vinding. Praksis viser tre gennemgående træk: forholdet påtales meget ofte kun som forsøg, fordi selskabets skadesinspektør eller taksator opdager svigen inden udbetaling; domfældelse hviler næsten altid på en indiciehelhed (kriminalteknik, alarmlog, teledata, fotometadata og gældsforhold) snarere end på ét enkelt bevis; og sanktionen ligger typisk på 40 dage til 6 måneders fængsel, som ved førstegangsforhold gøres betinget med vilkår om samfundstjeneste. Ildspåsættelse af egen ejendom for at besvige brandforsikringen behandles derimod efter straffelovens § 181, stk. 2 og trækker markant hårdere – helt op mod ubetinget fængsel i 1 år og 6 måneder.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Forsikringssvig kvalificeres som bedrageri efter straffelovens § 279 – den urigtige skadesanmeldelse er den handling, der retsstridigt fremkalder vildfarelsen hos selskabet.

02 Straffen fastsættes efter § 285, stk. 1 (fængsel indtil 1 år og 6 måneder); § 279 indeholder ikke selv en strafferamme.

03 Fordi § 285, stk. 1 hjemler mere end 4 måneders fængsel, er forsøg strafbart efter § 21, stk. 3 – og forsøg er den praktiske hovedregel, når selskabet afviser inden udbetaling.

04 Bedrageriet er fuldbyrdet ved udbetalingen; efterfølgende opdagelse eller tilbagebetaling ændrer ikke kvalifikationen.

05 Straffelovens § 289 finder ikke anvendelse på svig mod et privat forsikringsselskab, jf. § 289, stk. 2 – overbygningen er § 286, stk. 2 med en ramme på 8 års fængsel.

06 § 286, stk. 2 kræver særligt grov beskaffenhed navnlig på grund af udførelsesmåden, flere i forening, vindingens omfang eller et større antal forbrydelser – beløb i størrelsesordenen 200.000-250.000 kr. har i praksis ikke i sig selv udløst overbygningen.

07 Fortielse er ligestillet med aktiv løgn: den der undlader at oplyse en væsentlig omstændighed, som selskabet lægger til grund, udnytter en vildfarelse i § 279's forstand.

08 Domfældelse hviler typisk på en indiciehelhed – kriminaltekniske opbrudsspor, alarm- og sensorlog, fotometadata, teledata, taksatorhistorik og gældsforhold – ikke på ét enkelt bevis.

09 RKI-gæld og økonomisk trængsel indgår som motivindikator, men er aldrig bærende alene; det er de tekniske spor, der bærer bevisvurderingen.

10 Anmeldes det fingerede forhold også til politiet, foreligger selvstændig overtrædelse af § 165 (falsk anmeldelse) i sammenstød med § 279 – anmeldes en navngiven uskyldig, er det i stedet § 164.

11 Ildspåsættelse af egen ejendom med forsæt til at besvige brandforsikringen straffes efter § 181, stk. 2 med samme ramme som brand på fremmed ejendom – fængsel indtil 6 år.

12 § 181, stk. 2 kræver kun sædvanligt forsæt, ikke hensigt; det er tilstrækkeligt, at gerningsmanden har indset besvigelsen som overvejende sandsynlig.

13 Er branden påsat, men kravet aldrig rejst, foreligger alene § 181, stk. 2 – først skadesanmeldelsen aktualiserer § 279.

14 Betinget dom med samfundstjeneste er udgangspunktet ved førstegangsforhold uden brandstiftelse, uanset at beløbet er stort.

15 Ubetinget straf udløses navnlig af recidiv, forhold begået kort efter prøveløsladelse, systematisk gentagelse eller ildspåsættelse.

16 Selskabets erstatningskrav henvises hyppigt til civilt søgsmål efter retsplejelovens § 992, stk. 1, når opgørelsen er utilstrækkeligt dokumenteret – men afvisningen afskærer ikke kravet, jf. § 992, stk. 2.

17 Forsikringsselskabets adgang til straffesagens akter efter retsplejelovens § 41 d, stk. 1 forudsætter, at straffesagen er endeligt afsluttet; i verserende sager er selskabet henvist til meroffentlighed efter § 41 h, stk. 1.

18 Den civile dækningssag og straffesagen kører på forskellige beviskrav – selskabet kan løfte sin civile bevisbyrde uden at der nogensinde rejses tiltale.

19 At blive fundet ansvarlig for forsætlig brandstiftelse i en civil forsikringssag er så indgribende, at anken kun kan afvises efter retsplejelovens § 368 a under særlige omstændigheder.

§ 1 Gerningsindholdet: skadesanmeldelsen som bedrageri efter § 279

Forsikringssvig har ingen selvstændig bestemmelse i straffeloven. Den forfølges som almindeligt bedrageri efter straffelovens § 279, hvis gerningsindhold rammer forsikringsforholdet præcist:

> *For bedrageri straffes den, som, for derigennem at skaffe sig eller andre uberettiget vinding, ved retsstridigt at fremkalde, bestyrke eller udnytte en vildfarelse bestemmer en anden til en handling eller undladelse, hvorved der påføres denne eller nogen, for hvem handlingen eller undladelsen bliver afgørende, et formuetab.*

Oversat til forsikringssagen: den urigtige eller fortiede skadesanmeldelse er den handling, der **fremkalder** vildfarelsen; selskabets anerkendelse af kravet og udbetalingen er den **handling**, som skadelidte bestemmes til; og udbetalingen er selskabets **formuetab**. At retsstridigheden også kan bestå i en ren fortielse, er fast antaget. I **AM2022.11.01V** (S-0646–22) havde tiltalte ikke løjet aktivt om bilens kilometerstand – han havde blot undladt at oplyse, at speedometeret efter en reparation viste 126.282 km, mens bilen faktisk havde kørt over 201.638 km, hvilket flyttede erstatningen fra 25.000 kr. til 41.000 kr. Vestre Landsret fandt dette tilstrækkeligt:

> *Da tiltalte – som anført af byretten – ikke på noget tidspunkt gjorde Forsikringsselskab opmærksom på det faktiske højere kilometertælter, selv om han måtte indse, at dette var en væsentlig oplysning, finder landsretten efter en samlet vurdering, at tiltalte er skyldig i den rejste tiltale.*

Den praktiske anvendelse er så indarbejdet, at Justitsministeriets vejledning om anklageskrifter opstiller forsikringssvig som en af standardformuleringerne under § 279:

> *bedrageri efter straffelovens § 279, ved den ..... i strid med sandheden til forsikringsselskabet ....., ..., at have anmeldt, at der fra hans bopæl var stjålet for ..... kr., hvorefter ..... udbetalte ..... kr.*

Selskabet behøver ikke være det eneste offer. I SS 2-13486/2009 blev en medicinstuderende bedraget i forbindelse med forsikringssvindel, og forholdet henført under § 279, jf. § 285, stk. 1. Den generelle bedrageripraksis uden forsikringselement behandles under bedrageri.

LOV	Straffeloven § 279 · Straffeloven § 285, stk. 1	
PRAKSIS	**Landsretten** · Dom for forsøg på bedrageri ved urigtige oplysninger om bilens kilometertal i forsikringssag	01.11.2022
	Byretten · Dom for bedrageri mod medicinstuderende i forbindelse med forsikringssvindel	11.02.2010

§ 2 Strafferammerne: § 285, stk. 1 som normalramme – og hvorfor § 289 ikke gælder

Straffelovens § 279 indeholder ingen strafferamme. Den findes i § 285, stk. 1, hvorefter de i §§ 276, 276 a og 278-283 nævnte forbrydelser straffes med **fængsel indtil 1 år og 6 måneder**. Rigsadvokatmeddelelsen bekræfter systematikken i afsnittet om normalstraffen: straffen fastsættes normalt efter § 285, medmindre forholdet er af særlig grov beskaffenhed eller mindre strafværdigt.

Overbygningen er § 286, stk. 2, der hæver rammen til **fængsel indtil 8 år**, når bedrageri er af særligt grov beskaffenhed "navnlig på grund af udførelsesmåden, eller fordi forbrydelsen er udført af flere i forening, eller som følge af omfanget af den opnåede eller tilsigtede vinding, eller når et større antal forbrydelser er begået". Rigsadvokatmeddelelsen gengiver kriterierne uændret i pkt. 5.1.2.

I nedadgående retning sætter § 287 grænsen. Rigsadvokatmeddelelsen fastslår i pkt. 5.1.3: "Grænsen for underslæb og bedrageri er ligeledes 8.000 kr., eventuelt lidt højere, når erstatning er betalt." Under denne grænse afgøres forsikringssvig som udgangspunkt med bøde.

§ 289 finder derimod ikke anvendelse på svig mod et privat forsikringsselskab. Det følger direkte af § 289, stk. 2, hvorefter bestemmelsen "kun [finder] anvendelse, hvis der i den i stk. 1 nævnte lovgivning er henvist til denne bestemmelse", og stk. 1 angår alene skatte-, told-, afgifts- eller tilskudslovgivningen. Rigsadvokatmeddelelsen præciserer i pkt. 4.3, at "tilskudslovgivning" dækker national lovgivning om tilskud eller støtte til borgere og virksomheder – ikke privatretlige forsikringsaftaler. Den relevante skærpelsesbestemmelse ved forsikringssvig er derfor § 286, stk. 2, ikke § 289.

Den samme åbne afvejning, som § 286 hviler på, var tilsigtet allerede fra 1930-straffeloven. Af forarbejderne til lovforslagets grovhedsbestemmelse fremgår:

> *Ligesom Kommissionen har man ikke ment, at der, saaledes som i Straffelovens § 228 og § 229, bør opstilles en skarp Afgrænsning mellem simpelt og groft Tyveri. De Tilfælde af groft Tyveri, der er anført i Stk. 1, er derfor ogsaa kun anført som Eksempler.*

Opregningen er altså eksemplifikatorisk, og grovhedsvurderingen er en helhedsbedømmelse. Rammen i § 286, stk. 1 blev senere nedsat fra 6 til 4 års fængsel ved **lov af 1. juni 1982 om ændring af borgerlig straffelov (Straffene for berigelsesforbrydelser m.v.)** med virkning fra 1. juli 1982 og er sidenhen igen forhøjet; senere ændringer af § 286, stk. 1 har navnlig angået organiseret indbrudskriminalitet (2011) og systematisk eller organiseret afpresning (2017) og er uden betydning for forsikringssvig, der ligger i stk. 2.

LOV Straffeloven § 285, stk. 1 Straffeloven § 286, stk. 1, 2 Straffeloven § 287 Straffeloven § 289, stk. 1, 2

§ 3 Forsøg efter § 21 – den praktiske hovedregel

Fordi § 285, stk. 1 hjemler fængsel i 1 år og 6 måneder, er tærsklen i § 21, stk. 3 – at forsøg kun straffes, når der kan idømmes mere end 4 måneders fængsel – rigeligt opfyldt. Forsøg er derfor strafbart, og det er i praksis den hyppigste kvalifikation ved forsikringssvig: selskabets skadesinspektør, taksator eller interne systemer opdager typisk uoverensstemmelsen, **inden** pengene forlader kassen.

Mønstret går igen på tværs af modus:

- **AM2017.10.13Ø2** (fingeret indbrud i restaurant) – anmeldt værdi 218.312,20 kr., aldrig udbetalt.
- **15-3508/2009** (sølvtøj fotograferet efter "indbruddet") – ca. 58.000 kr., "forsikringsselskabet nægtede udbetalingen".
- **AM2022.11.01V** (kilometerstand) – selskabet opdagede divergensen via fejllog og tidligere taksatorrapporter, "før erstatningen blev udbetalt".
- **S-138-18** (fingeret færdselsuheld) og **S-0345-09** (stjålne højttalere) – begge afgjort som forsøg efter § 279, jf. § 21.

Omvendt er bedrageriet **fuldbyrdet** ved udbetalingen, og senere opdagelse eller tilbagebetaling ændrer ikke kvalifikationen. Det er tydeligt i S-1168-21, hvor Vestre Landsret formulerede fuldbyrdelsen direkte:

> *Efter det ovenfor anførte og efter bevisførelsen i øvrigt, er det bevist, at tiltalte i strid med sandheden til politiet har anmeldt, at der var begået indbrud i hendes lejlighed, og at hun ved anmeldelse af indbruddet til sit forsikringsselskab formåede forsikringsselskabet til at udbetale sig 245.238 kr.*

Spørgsmålet om **frivillig tilbagetræden** fra forsøget efter § 21 rejses jævnligt, men sjældent med held. I S-2862-18 – hvor tiltalte fremlagde falske ansættelses- og opsigelsesdokumenter i en civil retssag mod sit forsikringsselskab om invalidepension – tiltrådte Østre Landsret, at der ikke var sket frivillig tilbagetræden, da tiltalte hverken havde oplyst sin advokat om dokumentfalsken eller foretaget handlinger, der kunne hindre forbrydelsens fuldbyrdelse. Sagen er samtidig et af de få eksempler på, at forsikringssvig henføres under § 286, stk. 2: dokumenterne havde skabt risiko for et formuetab på over 2,5 mio. kr.

LOV	Straffeloven § 21, stk. 1, 3 · Straffeloven § 279 · Straffeloven § 286, stk. 2	
PRAKSIS	**Landsretten** · Landsretsdom om forsikringssvig og falsk anmeldelse af indbrud efter fund af "stjålne" genstande	09.11.2022
	Landsretten · Dom for forsøg på bedrageri ved urigtige oplysninger om bilens kilometertal i forsikringssag	01.11.2022
	Landsretten · Dokumentfalsk og forsøg på groft bedrageri i retssag om invalidepension – Fængsel og samfundstjeneste	13.05.2019
	Landsretten · Landsretten dømmer for forsøg på forsikringsbedrageri ved fingeret færdselsuheld: Betinget fængsel og samfundstjeneste	30.04.2018
	Landsretten · Falsk anmeldelse og forsøg på bedrageri over for forsikringsselskab ved fingeret indbrud i restaurant	13.10.2017
	Landsretten · Dom for forsøg på bedrageri via falske forsikringsanmeldelser af stjålne genstande	10.05.2010
	Landsretten · Ankesag om forsøg på forsikringsbedrageri vedrørende stjålne højttalere	11.03.2009

§ 4 Modus 1: det fingerede indbrud

Det iscenesatte indbrud er den klassiske forsikringssvig og den bedst belyste sagstype. Gerningsmanden anmelder et indbrud, der aldrig har fundet sted, og opgiver en tabsliste til selskabet – ofte med et selvopfundet opbrudssted som forklaring på adgangsvejen. Det er netop opbrudsstedet, der som regel afslører forholdet.

I **AM2017.10.13Ø2** (fingeret indbrud i restaurant) var det alarmsystemets log, der bar sagen: kun køkkensensoren blev udløst, mens de områder, hvor de angiveligt stjålne effekter skulle have ligget, ikke registrerede nogen aktivitet. Teknologisk Institut fandt ingen anvendelige indbrudsmærker på vinduet. Hertil kom, at tiltalte kort før hændelsen havde udvidet sin forsikring til at dække indbrud, og at det anmeldte beløb på 218.312,20 kr. næsten præcist svarede til hans RKI-gæld. At tiltaltes telefon efter teleoplysningerne befandt sig i København, da alarmen gik, kunne ikke redde ham:

> *Det forhold, at tiltaltes telefon efter teleoplysningerne har befundet sig i København på det tidspunkt, hvor alarmen gik kl. 22.16, ændrer ikke ved, at det efter en samlet vurdering af omstændighederne må lægges til grund, at der ikke var tale om et reelt indbrud, og at tiltalte var bekendt hermed.*

S-1168-21 er instruktiv, fordi de to instanser nåede modsatte resultater. Retten i Randers frifandt i 2021, fordi identiteten af de beslaglagte designgenstande ikke var ført, og fordi der manglede en kriminalteknisk undersøgelse af vinduet. Efter at undersøgelsen blev foretaget, domfældte Vestre Landsret i 2022:

> *Efter hans erklæring, sammenholdt med hans forklaring for landsretten, der støttes af den forklaring, der er afgivet af politiassistent Vidne3, lægger landsretten til grund, at en gerningsmand ikke kan have skaffet sig adgang til lejligheden ved opbud af det pågældende vindue, hvis det var lukket med vrideren.*

Identifikationen skete ved detaljeret fotosammenligning – åreforløb i en bordplade, afsmitninger på et natbord, inskription i bunden af en vase – og tiltaltes forklaring om at have genanskaffet en bronzeskulptur, der kun findes i 4-6 eksemplarer, for 200 kr. i en genbrugsbutik blev afvist som utroværdig.

I S-0094-16 var indbruddet fiktivt på en anden måde: en medgerningsmand udførte efter aftale "indbruddet" og opbevarede de genstande, der derefter blev anmeldt stjålet. Selskabet udbetalte 213.160 kr. Medvirken blev henført under § 23.

AM2019.12.05Ø (tre forhold på seks uger) viser, hvor lidt der skal til, når de fysiske spor taler imod forklaringen. Om det anmeldte indbrud udtalte Østre Landsret, at det var **helt utænkeligt**, at der skulle være sket indstigning gennem et vindue, hvor der stadig sad større skarpe glasdele tilbage i bunden og på siderne af rammen – og at en indbrudstyv skulle have båret guitar og forstærker ud denne vej frem for at åbne hoveddøren. At tiltalte samtidig hævdede at have opbevaret 100.000 kr. kontant i et uaflåst køkkenskab, indgik som selvstændigt usandsynlighedsmoment sammenholdt med hans skatteoplysninger og kontoudtog.

LOV Straffeloven § 23 · Straffeloven § 165 · Straffeloven § 279

PRAKSIS

Landsretten · Landsretsdom om forsikringssvig og falsk anmeldelse af indbrud efter fund af "stjålne" genstande	09.11.2022
Landsretten · Dom for forsøg på forsikringsbedrageri og falsk anmeldelse: Landsretten skærper straffen efter domfældelse for alle tre forhold	05.12.2019
Landsretten · Falsk anmeldelse og forsøg på bedrageri over for forsikringsselskab ved fingeret indbrud i restaurant	13.10.2017
Landsretten · Fuld betinget dom i landsretten for forsikringsbedrageri og falsk anmeldelse efter ny lov om samfundstjeneste	07.11.2016

§ 5 Modus 2: bilen – fingeret tyveri, soloskade og oppustede opgørelser

Køretøjer udgør den anden store sagsgruppe. Her er de afslørende spor typisk fysiske eller registermæssige snarere end kriminaltekniske i snæver forstand.

I S-3209-17 anmeldte tiltalte i august 2012 sin Renault Megane stjålet til både politiet og selskabet, der udbetalte 38.000 kr. (22.353 kr. til panthaver og 15.647 kr. til tiltalte). I januar 2015 blev bilen fundet parkeret ved tiltaltes egen arbejdsplads – uden tegn på indbrud eller opbrud af tændingslåsen og med en gyldig parkeringstilladelse i forruden, betalt via løbende løntræk. Byretten og landsretten lagde afgørende vægt på et enkelt indicium:

> *Retten finder, at det ved disse oplysninger sammenholdt med sagens øvrige omstændigheder, herunder at tiltalte alene afleverede en ud af to bilnøgler til forsikringsselskabet, at det med den til domfældelse fornødne sikkerhed er bevist, at tiltalte i strid med sandheden anmeldte til politiet og forsikringsselskabet, at bilen var blevet stjålet.*

Nøgleantallet er et tilbagevendende bevistema: en reel tyverihændelse efterlader normalt ejeren i besiddelse af alle nøgler.

Beslægtede varianter i praksis:

- S-386-20 – bortskaffelse af en firmabil kombineret med svigagtig tyverianmeldelse; § 279, jf. § 285, stk. 1, betinget fængsel og erstatningspligt.
- S-138-18 – fingeret færdselsuheld; forsøg efter § 279, jf. § 21, med tillægsstraf efter § 89.
-

S-717-09 – forsikringsbedrageri gennem forsætlige påkørsler, i sammenstød med hærværk efter § 291, stk. 1.

- **AM2022.11.01V** (S-0646–22) – den oppustede opgørelse i ren form: skaden var reel, men grundlaget for erstatningsberegningen fortiet.
- SS-159/2025-BOR – nyere byretspraksis, hvor forsikringsbedrageri efter § 279 kombineres med falsk anmeldelse og færdselslovsovertrædelser.

Bemærk, at **AM2022.11.01V** trækker en vigtig grænse: det er ikke et krav, at selve forsikringsbegivenheden er fingeret. Hærværket på bilen havde faktisk fundet sted. Svigen lå alene i at fortie en oplysning, der var afgørende for erstatningsudmålingen. Den rene civilretlige side af oppustede skadesopgørelser behandles under forsikringssvig-daekningsbortfald.

LOV Straffeloven § 89 · Straffeloven § 279 · Straffeloven § 285, stk. 1 · Straffeloven § 291, stk. 1

PRAKSIS

Landsretten · Bedrageri ved bortskaffelse og svigagtig tyverianmeldelse af firmabil – Betinget fængsel og erstatningspligt	08.02.2023
Landsretten · Dom for forsøg på bedrageri ved urigtige oplysninger om bilens kilometertal i forsikringssag	01.11.2022
Landsretten · Betinget fængsel for bedrageri og falsk anmeldelse: Anmeldelse af biltyveri for at opnå forsikringserstatning	04.06.2018
Landsretten · Landsretten dømmer for forsøg på forsikringsbedrageri ved fingeret færdselsuheld: Betinget fængsel og samfundstjeneste	30.04.2018
Landsretten · Østre Landsrets dom vedrørende forsikringsbedrageri og hærværk gennem forsætlige påkørsler	21.09.2009
Byretten · Betinget fængsel for falsk anmeldelse, forsikringsbedrageri og overladelse af bil til person uden kørekort	05.09.2025

§ 6 Bevisførelsen: indiciehelheden som domfældelsesgrundlag

Ingen forsikringssvigsag afgøres på ét bevis. Domfældelse hviler på en samlet vurdering, hvor tiltaltes forklaring tilsidesættes som utroværdig, fordi den ikke kan forliges med de tekniske spor. Østre Landsret formulerede metoden kort i **AM2019.12.05Ø**:

> *Efter en samlet bedømmelse af det fremkomne i sagen finder landsretten det bevist, at tiltalte er skyldig i forholdene omfattet af tiltalen, der tidsmæssigt ligger ganske tæt på hinanden og kort tid efter tiltaltes prøveløsladelse den 27. oktober 2017. Landsretten har herved lagt vægt på indholdet af de afgivne vidneforklaringer sammenholdt med sagens øvrige oplysninger, herunder om tiltaltes økonomiske forhold.*

De bevismidler, der går igen på tværs af praksis:

Bevismiddel	Funktion	Eksempel
Kriminaltekniske opbrudsspor	Udelukker den påståede adgangsvej	**S-1168-21**, **AM2019.12.05Ø-**, **AM2017.10.13Ø2**
Alarm- og bevægelsessensorlog	Viser hvor der (ikke) var aktivitet	**AM2017.10.13Ø2**
Fotometadata / dateringsanalyse	Afslører at "stjålne" ting fotograferedes efter anmeldelsen	**15-3508/2009**

Skadesinspektørens observationer	Genfinder anmeldte effekter hos sikrede	**S-1168-21**
Taksator- og værkstedshistorik	Dokumenterer sagens reelle tal over tid	**AM2022.11.01V**
Teledata og masteoplysninger	Placerer eller diskvalificerer forklaringer	**AM2017.10.13Ø2**
Nøgleaflevering	Reel tyveri efterlader alle nøgler hos ejeren	**S-3209-17**
RKI-gæld, skatteoplysninger, kontoudtog	Motivindikator og troværdighedstest	**AM2017.10.13Ø2**, **AM2019.12.05Ø**

Den kriminaltekniske undersøgelse er ofte udslagsgivende – og dens fravær er det også. I S-1168-21 blev tiltalte frifundet i byretten netop, fordi den manglende undersøgelse af vinduet forhindrede en konstatering af, om det var opbrudt; undersøgelsen blev foretaget efter frifindelsen, og landsretten omgjorde dommen. I 15-3508/2009 fastslog en kriminalteknisk erklæring "med meget stor sandsynlighed", at de fotos, der var indleveret som dokumentation for de stjålne genstande, var taget **efter** anmeldelsen af indbruddet – det var alene nok til forsæt, selvom vidnet, der skulle have ejet effekterne, var alderdomssvækket og derfor ikke kunne bidrage.

RKI-gæld og økonomisk trængsel indgår konsekvent, men aldrig som selvstændigt bærende bevis. I **AM2017.10.13Ø2** var sammenfaldet mellem det anmeldte beløb og gælden påfaldende, men det var alarmloggen og fraværet af opbrudsmærker, der bar domfældelsen.

LOV Straffeloven § 279

PRAKSIS

Landsretten · Landsretsdom om forsikringssvig og falsk anmeldelse af indbrud efter fund af "stjålne" genstande	09.11.2022
Landsretten · Dom for forsøg på bedrageri ved urigtige oplysninger om bilens kilometertal i forsikringssag	01.11.2022
Landsretten · Dom for forsøg på forsikringsbedrageri og falsk anmeldelse: Landsretten skærper straffen efter domfældelse for alle tre forhold	05.12.2019
Landsretten · Betinget fængsel for bedrageri og falsk anmeldelse: Anmeldelse af biltyveri for at opnå forsikringserstatning	04.06.2018
Landsretten · Falsk anmeldelse og forsøg på bedrageri over for forsikringsselskab ved fingeret indbrud i restaurant	13.10.2017
Landsretten · Dom for forsøg på bedrageri via falske forsikringsanmeldelser af stjålne genstande	10.05.2010

§ 7 Sammenstødet med falsk anmeldelse – § 165 og afgrænsningen til § 164

Den fingerede skade anmeldes næsten altid **både** til politiet og til selskabet – selskaberne kræver som regel politianmeldelse som dokumentation for tyveri og indbrud. Dermed foreligger to selvstændige forbrydelser i sammenstød.

Straffelovens § 165 rammer politianmeldelsen:

> *Den, der til offentlig myndighed anmelder en strafbar handling, der ikke er begået, såvel som den, der til sådan myndighed indgiver falske klagemål, straffes med bøde eller fængsel indtil 6 måneder.*

Sammenstødet ses gennemgående: S-1168-21, S-3209-17, S-0094-16, **AM2019.12.05Ø-**, SS-1827/2008-ODE og S-2703-10 er alle afgjort efter både § 165 og § 279.

AM2017.10.13Ø2 viser, at gerningsmanden ikke selv behøver løfte telefonrøret. Her var det en ansat, der ringede til politiet, men Østre Landsret domfældte alligevel efter § 165:

> *Tiltalte kørte efter det oplyste til stedet sammen med Vidne 1. Det er ubestridt, at det var Vidne 1, der ringede til politiet, men tiltalte var klar over, at der blev foretaget anmeldelse og blev på stedet sammen med Vidne 1 og afventede politiets tilstedekomst. Da det som anført under forhold 2 må lægges til grund, at der ikke reelt havde været et indbrud, hvilket tiltalte var bekendt med, er det godtgjort, at tiltalte ligeledes er skyldig efter anklageskriftet i forhold 1.*

Det er værd at bemærke, at byretten oprindeligt havde frifundet for § 165 – landsretten domfældte for begge forhold og forhøjede straffen fra det, byretten havde fastsat, til 5 måneders fængsel.

Afgrænsningen til § 164 er væsentlig. § 165 rammer anmeldelsen af en ikke-begået handling; § 164 rammer den, der giver urigtige oplysninger med forsæt til, at en **uskyldig** sigtes eller dømmes. I forsikringssagerne er § 165 hovedreglen, fordi den fingerede gerningsmand er ukendt. Peger anmelderen derimod på en navngiven person, forskydes kvalifikationen – det ses i SS-159/2025-BOR, hvor forsikringsbedrageriet efter § 279 blev kombineret med § 164, stk. 1.

Sondringen blev skærpet ved **lov af 2. juni 1967 om ændringer i borgerlig straffelov**, hvor §§ 164 og 165 blev nyaffattet efter indstilling fra Straffelovrådet. Af forarbejderne fremgår om § 164, at rådet ønskede at klargøre forsætskravet:

> *Rådet foreslår en ny formulering, hvorefter det klargøres, at strafansvar alene er betinget af sædvanligt forsæt.*

Den samme bevægelse – fra hensigtskrav til sædvanligt forsæt – genfindes i § 181, stk. 2, jf. nedenfor.

LOV Straffeloven § 164, stk. 1 · Straffeloven § 165 · Straffeloven § 279

PRAKSIS

Landsretten · Landsretsdom om forsikringssvig og falsk anmeldelse af indbrud efter fund af "stjålne" genstande	09.11.2022
Landsretten · Dom for forsøg på forsikringsbedrageri og falsk anmeldelse: Landsretten skærper straffen efter domfældelse for alle tre forhold	05.12.2019
Landsretten · Betinget fængsel for bedrageri og falsk anmeldelse: Anmeldelse af biltyveri for at opnå forsikringserstatning	04.06.2018
Landsretten · Falsk anmeldelse og forsøg på bedrageri over for forsikringsselskab ved fingeret indbrud i restaurant	13.10.2017
Landsretten · Fuld betinget dom i landsretten for forsikringsbedrageri og falsk anmeldelse efter ny lov om samfundstjeneste	07.11.2016
Landsretten · Dom for forsikringssvindel og forsætlig brandstiftelse af eget hjem	03.08.2011
Byretten · Betinget fængsel for falsk anmeldelse, forsikringsbedrageri og overladelse af bil til person uden kørekort	05.09.2025
Byretten · Dom for bedrageri og falsk anmeldelse med udvisning	09.04.2008

§ 8 Ildspåsættelse for forsikringssummen – § 181, stk. 2

Den groveste form for forsikringssvig er at brænde sin egen ejendom af. Straffeloven har en særbestemmelse netop til dette formål i § 181, stk. 2:

> *På samme måde straffes den, der med forsæt til at besvige brandforsikringen eller krænke panthaveres rettigheder eller med lignende retsstridigt forsæt forvolder ildebrand på egen ejendom eller på andens ejendom med ejerens samtykke.*

"På samme måde" henviser til stk. 1 – **fængsel indtil 6 år**. Brand på egen ejendom for forsikringssummens skyld sidestilles altså fuldt ud med brand på fremmed ejendom, og stk. 3 hæver rammen til 10 år ved særligt skærpende omstændigheder.

Forsætskravet er sædvanligt forsæt – ikke hensigt. Det blev udtrykkeligt afklaret ved **lov af 4. juni 1965 om ændringer i borgerlig straffelov (Konfiskation, fuldbyrdelse af frihedsstraf m.v.)** med virkning fra 1. juli 1965. Af forarbejderne til ændringen af § 181, stk. 2 fremgår:

> *Denne bestemmelse har i praksis givet anledning til tvivl med hensyn til de subjektive strafbarhedsbetingelser. Udtrykkene „for at" og „hensigt" taler for en fortolkning, hvorefter strafansvar er betinget af, at gerningsmanden ved ildspåsættelsen har tilstræbt den i bestemmelsen omhandlede retskrænkelse. Det synes dog at være den overvejende opfattelse, at strafansvar alene forudsætter sædvanligt forsæt og således kan pålægges også i tilfælde, hvor gerningsmanden vel ikke har tilstræbt retskrænkelsen, men dog har vidst eller indset som overvejende sandsynligt, at denne ville blive følgen af hans handling. Det foreslås at præcisere reglen i overensstemmelse med denne sidstnævnte opfattelse.*

Det er derfor tilstrækkeligt, at gerningsmanden har indset besvigelsen af brandforsikringen som overvejende sandsynlig følge – anklagemyndigheden skal ikke bevise, at forsikringssummen var motivet.

Strafferammerne fik deres nuværende udformning ved **lov af 27. maj 1981 om ændring af borgerlig straffelov (Voldtægt, røveri og brandstiftelse)** med virkning fra 1. juli 1981, hvorved strafminimum i § 181, stk. 1 på 6 måneders fængsel blev ophævet og erstattet af en normalramme på 6 år og en skærpet ramme på 10 år.

Praksis viser to distinkte spor:

- **Både brand og krav**: S-2703-10 – forsikringssvindel og forsætlig brandstiftelse af eget hjem, afgjort efter § 165, § 181, stk. 2, § 279 og § 89. Sanktionen blev **fængsel i 1 år og 6 måneder ubetinget** – det hårdeste niveau i denne oversigts materiale.
- **Brand uden krav**: S-1457-17 – påsat brand i egen villa med forsæt til forsikringsbedrageri, afgjort **alene** efter § 181, stk. 2, jf. § 56, stk. 1 og § 62, med betinget straf og vilkår om samfundstjeneste.

Sondringen er doktrinært vigtig: § 181, stk. 2 er fuldbyrdet ved ildspåsættelsen, uanset om der nogensinde rejses krav. Først skadesanmeldelsen aktualiserer § 279 – enten som forsøg eller, ved udbetaling, som fuldbyrdet bedrageri.

At betinget straf overhovedet er mulig ved § 181, bekræftes af Sag 263/2015, hvor Højesteret fastsatte betinget fængsel med samfundstjeneste for brandstiftelse efter § 181, stk. 1. Ved bedømmelsen af, om forholdet skal henføres under den skærpede ramme i stk. 3, gælder en helhedsvurdering. Vestre Landsret citerede i S-0094-23 Straffelovrådet herom:

> *"Anvendelsen af den skærpede strafferamme vil også kunne komme på tale, hvor der til samtidig påkendelse foreligger flere tilfælde af brandstiftelse, eller hvor gerningsmanden tidligere er straffet for brandstiftelse. Der må anlægges en helhedsvurdering af sagens grovhed, hvori også andre momenter kan indgå."*

Den generelle brandstiftelsespraksis behandles under brandstiftelse.

LOV Straffeloven § 56, stk. 1 | Straffeloven § 62 | Straffeloven § 165 | Straffeloven § 181, stk. 1-3 | Straffeloven § 279

PRAKSIS **Højesteret** · Betinget fængsel og samfundstjeneste for brandstiftelse efter straffelovens § 181, stk. 1 30.05.2016

Landsretten · Seriemæssig brandstiftelse begået af stationschef: Fængsel i 4 år og rettighedsfrakendelse 20.06.2023

Landsretten · Betinget straf for påsat brand i egen villa med forsæt til forsikringsbedrageri 20.03.2018

Landsretten · Dom for forsikringssvindel og forsætlig brandstiftelse af eget hjem 03.08.2011

§ 9 Strafudmålingen: niveauer og valget mellem betinget og ubetinget

Praksis tegner et forholdsvis fast billede. Ved rene forsikringsbedragerier uden brandstiftelse ligger niveauet på **40 dage til 6 måneders fængsel**, og straffen gøres ved førstegangsforhold som udgangspunkt betinget – ofte med vilkår om samfundstjeneste efter § 62 og § 63.

Sag	Modus	Beløb	Stadium	Sanktion
AM2022.11.01V	Fortiet kilometerstand	16.000 kr. i merkrav	Forsøg	40 dage betinget
15-3508/2009	Fotos af ikke-stjålet sølvtøj	ca. 58.000 kr.	Forsøg	60 dage betinget (§ 56, stk. 2)
S-3209-17	Fingeret biltyveri	38.000 kr. udbetalt	Fuldbyrdet	60 dage betinget
AM2017.10.13Ø2	Fingeret indbrud i restaurant	218.312 kr.	Forsøg	5 mdr. betinget + 100 t. samfundstjeneste
S-0094-16	Fiktivt indbrud (m. medgerningsmand)	213.160 kr. udbetalt	Fuldbyrdet	6 mdr. fuldt betinget + 120 t. samfundstjeneste
S-1168-21	Fingeret indbrud, designgenstande	245.238 kr. udbetalt	Fuldbyrdet	6 mdr. betinget + 120 t. samfundstjeneste
AM2019.12.05Ø	Tre forhold på seks uger	181.088 kr.	Forsøg	5 mdr. **ubetinget** (tillægsstraf)
S-2862-18	Falske dokumenter i civil pensionssag	risiko > 2,5 mio. kr.	Forsøg, § 286, stk. 2	1 år 6 mdr., heraf 3 mdr. ubetinget + 200 t.
S-2703-10	Ildspåsættelse af eget hjem + krav	–	–	1 år 6 mdr. **ubetinget**

Tre observationer:

1. Beløbet driver ikke alene udmålingen. Både **AM2017.10.13Ø2** (218.312 kr., forsøg) og **S-1168-21** (245.238 kr., fuldbyrdet) landede på 5-6 måneder betinget. Ingen af dem blev henført under § 286, stk. 2, selvom vindingens omfang er et af kriterierne. Overbygningen slog først igennem i **S-2862-18**, hvor udførelsesmåden – fabrikeret dokumentbevis fremlagt i en verserende retssag – kom oveni, og hvor risikoen oversteg 2,5 mio. kr.

2. Ubetinget straf udløses af recidiv og kontekst, ikke af sagsstørrelse. I **AM2019.12.05Ø** skærpede Østre Landsret fra 3 til 5 måneders ubetinget fængsel med henvisning til, at forholdene lå tidsmæssigt tæt og "kort tid efter tiltaltes prøveløsladelse", og at tiltalte tidligere var straffet for bedrageri. Landsretten fandt ikke grundlag for betinget straf, "heller ikke med vilkår om samfundstjeneste", uanset at tiltalte havde erklæret sig villig.

3. Personlige forhold og sagsbehandlingstid trækker nedad. I 15-3508/2009 fandt retten det "undtagelsesvist forsvarligt" at gøre straffen betinget efter § 56, stk. 2 på grund af tiltaltes høje alder og gode personlige forhold. I **AM2022.11.01V** vægtede rettene tidsforløbet fra forholdets begåelse til domsafsigelsen samt tiltaltes gode personlige forhold og gjorde straffen betinget efter § 56, stk. 1.

Tillægsstraf efter § 89 er hyppig, fordi forsikringssvig ofte opdages år efter gerningen og pådømmes efter andre domme – det ses i **AM2019.12.05Ø**, S-138-18 og S-2703-10. I **AM2019.12.05Ø** afstod landsretten samtidig

fra at indregne en reststraf på 32 dage fra en prøveløsladelse, "idet der herved er taget hensyn til den tid, der er forløbet, samt til at prøveløsladelsen relaterede sig til en afsoning vedrørende ikke ligeartet kriminalitet".

Endelig er S-0094-16 et eksempel på, at lovændringer om samfundstjeneste slår direkte igennem: byretten havde gjort 3 af 6 måneder ubetinget, men landsretten gjorde straffen fuldt betinget under henvisning til forarbejderne til **lov nr. 152 af 18. februar 2015 (Samfundstjeneste mv.)** – bemærkelsesværdigt efter påstand herom fra **anklagemyndigheden** selv.

LOV Straffeloven § 56, stk. 1, 2 · Straffeloven § 62 · Straffeloven § 63 · Straffeloven § 89 · Straffeloven § 286, stk. 2

PRAKSIS

Landsretten · Landsretsdom om forsikringssvig og falsk anmeldelse af indbrud efter fund af "stjålne" genstande	09.11.2022
Landsretten · Dom for forsøg på bedrageri ved urigtige oplysninger om bilens kilometertal i forsikringssag	01.11.2022
Landsretten · Dom for forsøg på forsikringsbedrageri og falsk anmeldelse: Landsretten skærper straffen efter domfældelse for alle tre forhold	05.12.2019
Landsretten · Dokumentfalsk og forsøg på groft bedrageri i retssag om invalidepension – Fængsel og samfundstjeneste	13.05.2019
Landsretten · Betinget fængsel for bedrageri og falsk anmeldelse: Anmeldelse af biltyveri for at opnå forsikringserstatning	04.06.2018
Landsretten · Landsretten dømmer for forsøg på forsikringsbedrageri ved fingeret færdselsuheld: Betinget fængsel og samfundstjeneste	30.04.2018
Landsretten · Falsk anmeldelse og forsøg på bedrageri over for forsikringsselskab ved fingeret indbrud i restaurant	13.10.2017
Landsretten · Fuld betinget dom i landsretten for forsikringsbedrageri og falsk anmeldelse efter ny lov om samfundstjeneste	07.11.2016
Landsretten · Dom for forsikringssvindel og forsætlig brandstiftelse af eget hjem	03.08.2011
Landsretten · Dom for forsøg på bedrageri via falske forsikringsanmeldelser af stjålne genstande	10.05.2010

§ 10 Selskabets erstatningskrav under straffesagen – retsplejelovens § 992

Forsikringsselskabet kan få sit krav påkendt under straffesagen, men det sker langtfra altid. Retsplejelovens § 992, stk. 1 bestemmer, at kravet ikke tages under påkendelse, hvis de foreliggende oplysninger er ufuldstændige, eller hvis afgørelsen af straffespørgsmålet ikke medfører en tilsvarende afgørelse af det borgerlige krav.

Praksis går begge veje:

- **Kravet påkendt**: I S-1168-21 blev tiltalte dømt til at betale 245.238 kr. til forsikringsselskabet inden 14 dage – kravet var opgjort, og tiltalte anerkendte størrelsen, selvom hun bestred pligten. Tilsvarende blev der i S-386-20 pålagt erstatningspligt sammen med den betingede straf.
- **Kravet henvist**: I S-0094-16 nedlagde selskabet påstand om 218.780,23 kr., og tiltalte anerkendte erstatningspligten i princippet, men bestred beløbets størrelse. Kravet blev afvist fra påkendelse i straffesagen, jf. § 992, stk. 1.

Mønstret er, at det er **beløbsopgørelsens dokumentation**, ikke ansvarsgrundlaget, der afgør spørgsmålet. Det samme ses uden for forsikringssvigsagerne: i S-0094-23 fandt begge instanser, at erstatningskravene var skønnede uden dokumentation for tabets størrelse, og henviste dem til civilt søgsmål efter § 992.

Afvisningen er ikke et tab af kravet. Efter § 992, stk. 2 står det "den forurettede frit for at påtale dette i den borgerlige retsplejes former". Selskabet, der ønsker sit krav afgjort i straffesagen, har derfor en klar tilskyndelse til at møde med en fuldt dokumenteret opgørelse – ikke blot en policeberegning. Selskabernes regresadgang i øvrigt behandles under subrogation-regres-forsikring.

LOV	Retsplejeloven § 992, stk. 1, 2	
PRAKSIS	**Landsretten** · Seriemæssig brandstiftelse begået af stationschef: Fængsel i 4 år og rettighedsfrakendelse	20.06.2023
	Landsretten · Bedrageri ved bortskaffelse og svigagtig tyverianmeldelse af firmabil – Betinget fængsel og erstatningspligt	08.02.2023
	Landsretten · Landsretsdom om forsikringssvig og falsk anmeldelse af indbrud efter fund af "stjålne" genstande	09.11.2022
	Landsretten · Fuld betinget dom i landsretten for forsikringsbedrageri og falsk anmeldelse efter ny lov om samfundstjeneste	07.11.2016

§ 11 Selskabets adgang til straffesagens akter – §§ 41 d og 729 b-d

Skal selskabet bruge straffesagen til at underbygge et regreskrav eller en forsætsvurdering, er adgangen til akterne reguleret af retsplejelovens almindelige regler. Rigsadvokatmeddelelsen om aktindsigt slår i pkt. 4.1.5 udgangspunktet fast:

> *Retsplejeloven indeholder ingen særlige regler om aktindsigt for forsikringsselskaber. Reglerne om aktindsigt for forsikringsselskaber adskiller sig således principielt ikke fra reglerne om aktindsigt i andre sager hos politi og anklagemyndighed.*

Hovedhjemlen er retsplejelovens § 41 d, stk. 1 – men den forudsætter, at **sagen er endeligt afsluttet**-. Meddelelsen er utvetydig i pkt. 4.1.5.2:

> *Forsikringsselskabers adgang til aktindsigt er navnlig reguleret af retsplejelovens § 41 d, stk. 1. Aktindsigt efter bestemmelsen forudsætter imidlertid, at sagen er afsluttet. Bestemmelsen giver derfor ikke et forsikringsselskab ret til aktindsigt i en verserende straffesag, herunder en verserende sag om færdselsuheld. Det gælder, selvom der måtte foreligge en fuldmagt fra kunden.*

I den verserende sag er selskabet derfor henvist til **meroffentlighed** efter § 41 h, stk. 1. Her sætter tavshedspligten en snæver ramme: straffesager indeholder normalt oplysninger om enkeltpersoners private forhold, og der kan som udgangspunkt ikke gives meraktindsigt heri uden samtykke. Konkrete dokumenter – anmeldelsesrapport, skitse, fotorapport – kan dog efter omstændighederne udleveres, evt. anonymiseret.

Vejen om §§ 729 b-d via fuldmagt fra sigtede er ifølge meddelelsen i pkt. 4.1.5.1 i praksis lukket i den verserende sag, fordi sigtede efter § 730, stk. 2 som klart udgangspunkt kun kan lade sig repræsentere af en advokat som forsvarer. En fuldmagt kan derimod være relevant, når sagen er **afsluttet**.

For brandsagerne er meddelelsen direkte på punktet i pkt. 4.1.5.5:

> *Det kan også være et brandforsikringsselskab, som har måttet betale erstatning som følge af en påsat brand. I disse tilfælde må det antages, at forsikringsselskabet på det tidspunkt, hvor den pågældende domfældes, og regreskravet er opstået, har en sådan individuel og væsentlig interesse i sagen, at der i medfør af retsplejelovens § 41 d, stk. 1, kan meddeles selskabet aktindsigt i politirapporterne. Igen er det dog en betingelse, at straffesagen er endeligt afsluttet.*

Den praktiske konsekvens er en tidsforskydning: selskabet får typisk først fuld indsigt, når straffesagen er slut – og skal derfor ofte træffe sin dækningsbeslutning på eget bevismateriale.

LOV Retsplejeloven § 41d, stk. 1 | Retsplejeloven § 41h, stk. 1 | Retsplejeloven § 730, stk. 2

§ 12 Grænsefladen til den civile dækningssag – to forskellige beviskrav

Straffesagen og dækningssagen kører parallelt, men på forskellige spor. Det er afgørende at holde dem adskilt.

Beviskravet er forskelligt. I straffesagen skal skylden bevises "med den til domfældelse fornødne sikkerhed", jf. S-3209-17. I den civile sag gælder derimod, at det "efter almindelige forsikringsretlige principper påhviler klageren at bevise, at der foreligger forhold, som udgør en dækningsberettigende skade". Ankenævnet for Forsikring udtrykte forskellen præcist i sag 77397, hvor teleoplysninger viste, at klagerens udlejer havde ringet en halv time **før** forsikringen blev tegnet:

> *Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ikke har sandsynliggjort, at det første indbrud er sket i forsikringstiden. Herefter kan nævnet ikke kritisere, at selskabet har afvist dækning for dette indbrud, som sket.*

og tilføjede forbeholdet:

> *Dette udelukker dog ikke, at en nærmere bevisførelse om tegningssituationen og tyveritidspunktet for en domstol, kan begrunde et andet resultat.*

Selskabet kan afvise uden at der rejses tiltale. Det ses tydeligt i sag 102096 (mistanke om fingeret uheld, FAL § 18, stk. 1), sag 102066 og sag 102915, hvor dækning blev afvist på grundlag af mistanke om svig.

Højesteret har sat en grænse for, hvor let en sådan civil konstatering må stå uprøvet. I BS-60197/2025-HJR havde politiet henlagt efterforskningen af en husbrand uden at identificere en gerningsperson, hvorefter selskabet – med støtte i Ankenævnet for Forsikring og byretten – afviste dækning under henvisning til, at ejeren selv havde påsat branden. Vestre Landsret afviste ankens behandling efter retsplejelovens § 368 a. Højesteret ophævede og hjemviste:

> *Højesteret finder, at det som udgangspunkt har en sådan betydning at blive dømt i en forsikringssag om forsætlig fremkaldelse af brand på en ejendom, at afvisning af den dømtes anke efter retsplejelovens § 368 a kun kan finde sted, hvis der foreligger særlige omstændigheder.*

Afgørelsen anerkender, at en civilretlig konstatering af forsætlig brandstiftelse reelt er en indgribende tilskrivning af strafbart forhold – selv når straffesagen aldrig blev rejst.

Den civilretlige sanktion. Svig ved skadesanmeldelsen rammes af forsikringsaftalelovens § 23, stk. 1, hvorefter det kan vedtages, at den sikrede mister retten til forsikringsydelsen, hvis han "svigagtig opgiver eller fortier en omstændighed, der er af betydning for bedømmelsen af selskabets ansvar". Bestemmelsen indeholder dog en domstolsventil: retten kan "under hensyntagen til de omstændigheder, under hvilke det svigagtige forhold

fandt sted", bestemme, at ydelsen uanset aftalen helt eller delvis skal erlægges. Er oplysningen ikke givet i svigagtig hensigt, har det efter § 23, stk. 2 ikke anden virkning end den i § 21, stk. 2 angivne. Den civile side behandles udførligt under forsikringssvig-daekningsbortfald, og urigtige risikooplysninger ved tegningen under oplysningspligt-fal.

LOV Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 1 Forsikringsaftaleloven § 21, stk. 2 Forsikringsaftaleloven § 23, stk. 1, 2 Retsplejeloven § 368a

PRAKSIS

Højesteret · Afvisning af ankesag i forsikringssag om forsætlig brandstiftelse kræver særlige omstændigheder efter retsplejelovens § 368 a	04.06.2026
Landsretten · Betinget fængsel for bedrageri og falsk anmeldelse: Anmeldelse af biltyveri for at opnå forsikringserstatning	04.06.2018
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for indbrud efter mistanke om forsikringssvindel	11.06.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning ved påkørsel af træ grundet mistanke om fingeret uheld	19.03.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af erstatning for indbrud pga. tvivl om hændelsesforløbet og tidligere forsikringssvindel	27.11.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for indbrud: Tvist om tidspunkt for forsikringstegning	08.11.2010

§ 13 Sammenfatning: hvad praksis lærer os

Forsikringssvig er strafferetligt ukompliceret at kvalificere og bevismæssigt krævende at føre.

Kvalifikationen er stabil: § 279 med strafferamme efter § 285, stk. 1, oftest som forsøg efter § 21, i sammenstød med § 165 når forholdet også er anmeldt til politiet, og med § 181, stk. 2 som selvstændig overbygning ved ildspåsættelse. § 289 er uden for billedet ved svig mod private selskaber; § 286, stk. 2 er den relevante skærpelse, men aktiveres sjældent – først når udførelsesmåden eller vindingens omfang tilføjer noget ud over selve den urigtige anmeldelse, som i S-2862-18.

Bevisførelsen er sagernes tyngdepunkt. Domstolene domfælder på en indiciehelhed, hvor tiltaltes forklaring tilsidesættes som utroværdig, fordi den ikke kan forliges med de tekniske spor. S-1168-21 illustrerer bedre end nogen anden, hvor meget der afhænger af, om den kriminaltekniske undersøgelse blev foretaget: byretten frifandt uden den, landsretten domfældte med den. Anklagemyndigheden bør sikre den tekniske undersøgelse af det påståede opbrudssted **inden** hovedforhandlingen – ikke efter en frifindelse.

Strafudmålingen følger et fast mønster: 40 dage til 6 måneder, betinget med samfundstjeneste ved førstegangsforhold, uanset beløbets størrelse. Ubetinget straf kræver noget mere – recidiv, forhold begået kort efter prøveløsladelse (**AM2019.12.05Ø**) eller ildspåsættelse (S-2703-10). Selv når anklagemyndigheden anker med påstand om skærpelse, fastholdes den betingede ramme, medmindre disse momenter foreligger; i S-0094-16 påstod anklagemyndigheden endda selv formildelse til fuldt betinget straf.

For selskabet gælder to praktiske pointer: erstatningskravet bør møde fuldt dokumenteret, ellers henvises det til civilt søgsmål efter retsplejelovens § 992, stk. 1 – og adgangen til straffesagens akter efter § 41 d, stk. 1 åbner sig først, når straffesagen er endeligt afsluttet. Dækningsbeslutningen må derfor som regel træffes på selskabets eget materiale, med den lavere civile bevisstandard som eneste trøst – og med Højesterets forbehold i BS-60197/2025-HJR om, at en civil konstatering af forsætlig brandstiftelse er så indgribende, at forsikringstageren har krav på reel toinstansprøvelse.

LOV Retsplejeloven § 41d, stk. 1 · Retsplejeloven § 992, stk. 1 · Straffeloven § 165 · Straffeloven § 181, stk. 2 · Straffeloven § 279 · Straffeloven § 285, stk. 1 · Straffeloven § 286, stk. 2

PRAKSIS

Højesteret · Afvisning af ankesag i forsikringssag om forsætlig brandstiftelse kræver særlige omstændigheder efter retsplejelovens § 368 a	04.06.2026
Landsretten · Landsretsdom om forsikringssvig og falsk anmeldelse af indbrud efter fund af "stjålne" genstande	09.11.2022
Landsretten · Dom for forsøg på forsikringsbedrageri og falsk anmeldelse: Landsretten skærper straffen efter domfældelse for alle tre forhold	05.12.2019
Landsretten · Dokumentfalsk og forsøg på groft bedrageri i retssag om invalidepension – Fængsel og samfundstjeneste	13.05.2019
Landsretten · Fuld betinget dom i landsretten for forsikringsbedrageri og falsk anmeldelse efter ny lov om samfundstjeneste	07.11.2016
Landsretten · Dom for forsikringssvindel og forsætlig brandstiftelse af eget hjem	03.08.2011

REFERENCE Lovgrundlag

6 paragraffer

Straffeloven § 21		Straffeloven § 165	
Straffeloven § 181	stk. 2	Straffeloven § 279	
Straffeloven § 285	stk. 1	Straffeloven § 286	stk. 2

MATERIALE Citerede afgørelser

24 afgørelser

HØJESTERET · ØVERSTE INSTANS 2

04.06.2026	Afvisning af ankesag i forsikringssag om forsætlig brandstiftelse kræver særlige omstændigheder efter retsplejelovens § 368 a	60197-2025
30.05.2016	Betinget fængsel og samfundstjeneste for brandstiftelse efter straffelovens § 181, stk. 1	263-2015

LANDSRETTEN · ANKEINSTANS 15

20.06.2023	Seriemæssig brandstiftelse begået af stationschef: Fængsel i 4 år og rettighedsfrakendelse	S-0094-23
08.02.2023	Bedrageri ved bortskaffelse og svigagtig tyverianmeldelse af firmabil – Betinget fængsel og erstatningspligt	S-386-20
09.11.2022	Landsretsdom om forsikringssvig og falsk anmeldelse af indbrud efter fund af "stjålne" genstande	S-1168-21
01.11.2022	Dom for forsøg på bedrageri ved urigtige oplysninger om bilens kilometertal i forsikringssag	S-0646-22
05.12.2019	Dom for forsøg på forsikringsbedrageri og falsk anmeldelse: Landsretten skærper straffen efter domfældelse for alle tre forhold	AM2019.12.05Ø

13.05.2019	Dokumentfalsk og forsøg på groft bedrageri i retssag om invalidepension – Fængsel og samfundstjeneste	S-2862-18
04.06.2018	Betinget fængsel for bedrageri og falsk anmeldelse: Anmeldelse af biltyveri for at opnå forsikringserstatning	S-3209-17
30.04.2018	Landsretten dømmer for forsøg på forsikringsbedrageri ved fingeret færdselsuheld: Betinget fængsel og samfundstjeneste	S-138-18
20.03.2018	Betinget straf for påsat brand i egen villa med forsæt til forsikringsbedrageri	S-1457-17
13.10.2017	Falsk anmeldelse og forsøg på bedrageri over for forsikringsselskab ved fingeret indbrud i restaurant	AM2017.10.13Ø2
07.11.2016	Fuld betinget dom i landsretten for forsikringsbedrageri og falsk anmeldelse efter ny lov om samfundstjeneste	S-0094-16
03.08.2011	Dom for forsikringssvindel og forsætlig brandstiftelse af eget hjem	S-2703-10
10.05.2010	Dom for forsøg på bedrageri via falske forsikringsanmeldelser af stjålne genstande	15-3508/2009
21.09.2009	Østre Landsrets dom vedrørende forsikringsbedrageri og hærværk gennem forsætlige påkørsler	S-717-09
11.03.2009	Ankesag om forsøg på forsikringsbedrageri vedrørende stjålne højttalere	S-0345-09

BYRETTEN · FØRSTE INSTANS		3
05.09.2025	Betinget fængsel for falsk anmeldelse, forsikringsbedrageri og overladelse af bil til person uden kørekort	10070-11796
11.02.2010	Dom for bedrageri mod medicinstuderende i forbindelse med forsikringssvindel	SS 2-13486/2009
09.04.2008	Dom for bedrageri og falsk anmeldelse med udvisning	5401-6478

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS		4
11.06.2025	Afvisning af dækning for indbrud efter mistanke om forsikringssvindel	102915
19.03.2025	Afvisning af kaskodækning ved påkørsel af træ grundet mistanke om fingeret uheld	102096
27.11.2024	Afvisning af erstatning for indbrud pga. tvivl om hændelsesforløbet og tidligere forsikringssvindel	102066
08.11.2010	Afvisning af dækning for indbrud: Tvist om tidspunkt for forsikringstegning	77397

18 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over identifikationsregler i forsikring (FAL § 19)

Hvorfor § 19 ikke er identifikationsreglen – FAL § 85, forsikringsbetingelserne og kravet om »særlige grunde«

Version 2 Opdateret 16. jul. 2026 12 afgørelser · 2004–2025 Læs online

INTRODUKTION

Denne oversigt behandler identifikation mellem forsikringstageren og husstandens øvrige medlemmer – spørgsmålet om, hvornår en ægtefælles, samlevers eller et hjemmeboende barns forsætlige eller groft uagtsomme adfærd fjerner den uskyldige sikredes dækning. Undersøgelsen af retsgrundlaget viser, at emnet ofte henføres til en forkert bestemmelse: **forsikringsaftalelovens § 19 er ikke en identifikationsregel**, men en undtagelse til § 18 for skadevoldere under 14 år, utilregnelige og nødhandlinger. Den eneste lovbestemte identifikationsregel er **§ 85**, hvorefter §§ 18 og 19 »også gælder, hvis forsikringsbegivenheden fremkaldes af den sikredes med ham samlevende ægtefælle« – og § 19 indgår kun i billedet, fordi § 85 henviser til den, med den modsatte virkning af den antagne: § 19 *bevarer* dækningen. Praksis er sparsom på domstolsniveau, men Vestre Landsret har fastslået hovedreglen om, at identifikation mellem flere sikrede kun sker, hvis »særlige grunde taler derfor«, mens Ankenævnet for Forsikring viser, at den praktisk vigtigste identifikation – med hjemmeboende børn – slet ikke hviler på loven, men på forsikringsbetingelserne.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 FAL § 19 er ikke en identifikationsregel – den undtager tværtimod fra § 18's dækningsbortfald, når skadevolderen var under 14 år, manglede evnen til at handle fornuftsmæssigt eller handlede forsvarligt for at afværge skade.

02 Den eneste lovbestemte identifikationsregel i forsikringsaftaleloven er § 85: reglerne i §§ 18 og 19 gælder også, hvis forsikringsbegivenheden fremkaldes af den sikredes med ham samlevende ægtefælle.

03 § 19 indgår i identifikationen alene via § 85's henvisning – og virkningen er pro-sikret: var ægtefællen utilregnelig, bevares dækningen.

04 § 85 identificerer kun med ægtefællen – ikke med samlever, hjemmeboende barn, logerende, lejer eller andre husstandsmedlemmer.

05 § 85 forudsætter faktisk samliv; er samlivet ophævet, falder bestemmelsens anvendelse bort efter sin egen ordlyd.

06 § 85 står blandt lovens brandforsikringsregler, og selskaberne påberåber sig den derfor kun analogt uden for brandforsikring – sådan som Tryg gjorde det på en familieforsikring i AK 84866.

07 Hvor der er flere sikrede, sker der efter Vestre Landsrets praksis kun identifikation, hvis »særlige grunde taler derfor« – ophævet samliv og separation udelukker sådanne særlige grunde.

08 Forsikringsaftaleloven er efter § 3 deklaratorisk, og § 85 er ikke erklæret ufravigelig; identifikation med hjemmeboende børn hviler derfor i praksis udelukkende på forsikringsbetingelserne.

09 Hvor betingelserne udtrykkeligt undtager skade forvoldt af forsikringstagerens hjemmeboende barn, er det uden betydning, at forsikringstageren hverken vidste om eller havde samtykket i barnets kørsel – end ikke at forholdet var politianmeldt som tyveri.

10 Selskabet kan ikke lægge en bredere forståelse af »husstand« til grund end den, betingelserne selv angiver; uklarhed går ud over den, der har affattet vilkåret, jf. aftalelovens § 38 b.

11 Identifikation forudsætter, at der overhovedet foreligger en dækningsberettigende forsikringsbegivenhed – svigter sikredes bevis herfor, nås identifikationsspørgsmålet aldrig.

12 Identifikation virker begge veje: selskabet må tåle identifikation med sin egen assurandørs viden.

13 Manglende identifikation afskærer også selskabets regres – det kan ikke via § 86, stk. 1, kræve den uskyldige medejers andel tilbage, blot fordi forsikringssummen gik til panthaverne.

14 Hverken § 19 eller § 85 er ændret, siden loven blev til på grundlag af lovforslaget fremsat 6. november 1929.

§ 1 Den udbredte forveksling: § 19 er ikke identifikationsreglen – § 85 er

Emnet omtales ofte som »identifikation efter FAL § 19«. Bestemmelsens ordlyd bærer ikke den betegnelse. Forsikringsaftaleloven § 19 lyder i sin helhed:

> *Stk. 1. Bestemmelserne i § 18 om bortfald eller begrænsning af selskabets ansvar finder ikke anvendelse, når den sikrede var under 14 år eller på grund af sindssygdom, åndssvaghed, forbigående sindsforvirring eller lignende tilstand har manglet evnen til at handle fornuftsmæssigt.*
>
> *Stk. 2. Det samme gælder, når den handling, hvorved forsikringsbegivenheden forårsages, foretages til afværgelse af skade på person eller ejendom under sådanne omstændigheder, at handlingen må anses som forsvarlig.*

§ 19 er altså en **undtagelsesbestemmelse** til § 18: den fjerner dækningsbortfaldet, når skadevolderen manglede tilregnelighed eller handlede i en redningssituation. Den nævner hverken ægtefæller, samlevere, hjemmeboende børn eller husstande.

Den lovbestemte identifikationsregel findes i stedet i § 85, der i sin helhed lyder:

> *Reglerne i §§ 18 og 19 gælder også, hvis forsikringsbegivenheden fremkaldes af den sikredes med ham samlevende ægtefælle.*

Sammenhængen forklarer forvekslingen: § 19 **indgår** i identifikationsreglen – men kun fordi § 85 henviser til den. Og virkningen er stik modsat den, betegnelsen antyder. § 19 *bevarer* dækningen: har den samlevende ægtefælle påsat branden under forbigående sindsforvirring, eller ødelagde ægtefællen det forsikrede for at afværge en større skade, slår identifikationen ikke igennem.

Grundstammen, som § 85 trækker over på ægtefællen, er § 18:

> *Stk. 1. Fremkalder den sikrede forsætligt forsikringsbegivenheden, har han ikke noget krav mod selskabet.*
>
> *Stk. 2. Har han fremkaldt forsikringsbegivenheden ved en uagtsomhed, der under de foreliggende omstændigheder må betegnes som grov, skal det under hensyn til skyldgraden og omstændighederne i øvrigt afgøres, om erstatning skal ydes og i bekræftende fald med hvilket beløb. Ved livsforsikring og ansvarsforsikring hæfter selskabet dog fuldt ud.*

Rigsadvokaten sammenfatter udgangspunktet i Rigsadvokatmeddelelsen, afsnittet om aktindsigt: »Efter forsikringsaftalelovens § 18, stk. 1, dækker forsikringen som udgangspunkt ikke skader forvoldt med forsæt.«

Bemærk sidste punktum i § 18, stk. 2: ved livsforsikring og ansvarsforsikring hæfter selskabet **fuldt ud** ved grov uagtsomhed. Identifikationsdiskussionen ved grov uagtsomhed har derfor reelt kun betydning for tings- og skadesforsikring – ikke for ansvarsforsikringens dækning af den sikrede selv.

LOV Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 1-2 Forsikringsaftaleloven § 19, stk. 1-2 Forsikringsaftaleloven § 85

§ 2 § 85's tre indbyggede grænser: ægtefælle, samliv og brandforsikring

§ 85 er formuleret snævert, og hver enkelt led er en selvstændig begrænsning.

1. »ægtefælle«. Bestemmelsen rammer ægtefællen – ikke samleveren, ikke det hjemmeboende barn, ikke den logerende, ikke lejeren, ikke en ven på besøg. Der er ingen lovhjemmel til at identificere den sikrede med disse personer.

2. »med ham samlevende«. Selv over for ægtefællen forudsætter § 85 faktisk samliv. Er samlivet ophævet, ophører bestemmelsens anvendelse efter sin egen ordlyd – uanset at ægteskabet formelt består. Det er dette led, der bærer den domstolspraksis, der gennemgås nedenfor.

3. Systematisk placering. § 85 står midt i lovens brandforsikringsregler. Nabobestemmelserne § 82 og § 83 definerer brandskadebegrebet og indboforsikringens dækning ved brand andetsteds, mens § 86 og § 87 regulerer panthaveres stilling i brandforsikret fast ejendom – § 87, stk. 3, henviser udtrykkeligt til »særlige love om bygningsbrandforsikring«.

Denne placering har praktisk betydning, og selskaberne handler efter den. I AK 84866 (17. marts 2014) – en sag om en **familieforsikring** (Familiens Basisforsikring II) efter en påsat brand – påberåbte Tryg sig ikke § 85 direkte, men »identifikation mellem klageren og udlejeren efter en **analogi** af forsikringsaftalelovens § 85«, idet parterne efter selskabets opfattelse måtte anses for samlevende. Selskabet behandlede altså selv § 85 som en bestemmelse, der uden for brandforsikringen kun kan bringes i anvendelse analogt.

Samme retsgrundlag går igen, hvor forholdet ligger tættere på § 85's kerne: i AK 95544 (17. marts 2021) behandlede nævnet identifikationsspørgsmålet ved en ekskærestes brandstiftelse med netop § 18, stk. 1 og § 85 som retsgrundlag.

LOV Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 1 · Forsikringsaftaleloven § 82 · Forsikringsaftaleloven § 83, stk. 1-2 · Forsikringsaftaleloven § 85 · Forsikringsaftaleloven § 87, stk. 3

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Forsikringsdækning ved ekskærestes brandstiftelse: Spørgsmål om identifikation efter forsikringsaftaleloven 17.03.2021

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for brandskade på indbo grundet spørgsmål om samliv og forsætlig brandstiftelse 17.03.2014

§ 3 Loven er deklaratorisk – derfor er forsikringsbetingelserne den egentlige identifikationskilde

Nøglen til hele retsområdet er § 3:

> *Denne lovs bestemmelser kommer, for så vidt de ikke udtrykkeligt er erklæret for ufravigelige eller deres ufravigelighed følger af andre retsregler, kun til anvendelse, hvis ikke andet er udtrykkeligt aftalt eller må anses indeholdt i aftalen.*

§ 85 er **ikke** erklæret ufravigelig. Den kan derfor fraviges begge veje: forsikringsbetingelserne kan indskrænke identifikationen – og, langt hyppigere i praksis, udvide den til personkredse, loven ikke rammer.

De almindelige bemærkninger til det oprindelige lovforslag (Folketingstidende 1929-30, tillæg A, sp. 1345) redegør udtrykkeligt for den afvejning, der ligger bag:

> *Lovforslagets Bestemmelser er dels ufravigelige (præceptive), dels og for Størstedelens Vedkommende saadanne, der kan fraviges ved Parternes Aftale (deklaratoriske). Afgørelsen af, i hvilket Omfang Lovens Regler bør være ufravigelige, har beroet paa en Afvejelse af, til den ene Side ikke uden vægtige Grunde at gøre Indgreb i det i dansk Ret gældende Princip om Kontraktsfrihed, til den anden Side at træffe Bestemmelser til Værn for Forsikringstageren og den sikrede.*

Lovgiver var samtidig fuldt bevidst om, hvilken funktion en deklaratorisk regel som § 85 så får:

> *Selv om Størstedelen af Lovforslagets Bestemmelser som nævnt er saadanne, der kan fraviges ved Parternes Aftale, har disse Bestemmelser dog den Betydning, at de ved at angive den almindelige Regel modvirker ubillige Bestemmelser i de enkelte Forsikringspolicer, og at de faar Gyldighed paa alle Omraader, hvor særlige Aftaler ikke maatte være truffet.*

§ 85 er altså tænkt som en **normalregel**, der dels udfylder, hvor policen tier, dels udgør en målestok for, hvad der er »ubilligt« i policen. Loven blev til i nordisk samarbejde med kommissioner i Sverige, Norge og Finland, hvilket forklarer bestemmelsernes knappe, principielle form.

Aftalefriheden er dog ikke ubegrænset. Lovens ufravigelige værn omfatter navnlig:

- § 20: det kan ikke med retsvirkning aftales, at selskabet er fri for ansvar ved en uagtsomhed, der **ikke** kan betegnes som grov (dog med de udtrykkelige undtagelser for selvforskyldt beruselse og en afkortning på indtil 5 pct.).
- § 51, stk. 2: aftaler, der i videre omfang end § 51, stk. 1, fritager selskabet ved overtrædelse af sikkerhedsforskrifter, er uden retsvirkning.
- § 52, stk. 2: det kan ikke aftales, at »den sikredes eller andres« undladelse af at afværge skade skal have strengere virkninger end foreskrevet.

Bemærk i øvrigt, at § 51, stk. 1 rummer lovens *anden* identifikationsfigur: den knytter ikke an til familierelation, men til funktion – »den sikrede **eller nogen, hvem det påhviler at påse forskrifternes gennemførelse**«. Ved sikkerhedsforskrifter identificeres den sikrede altså med den, der har fået til opgave at håndhæve dem.

LOV Forsikringsaftaleloven § 3 Forsikringsaftaleloven § 20 Forsikringsaftaleloven § 51, stk. 1-2 Forsikringsaftaleloven § 52, stk. 2 Forsikringsaftaleloven § 85

§ 4 Forarbejderne til § 19 – lavalder og tilregnelighed, ikke husstand

At § 19 ikke handler om identifikation, bekræftes af bestemmelsens forarbejder. Lov-historikken for § 19 indeholder én eneste række: den oprindelige affattelse, med bemærkninger fra lovforslaget fremsat 6. november 1929. Bemærkningen angår udelukkende aldersgrænsen og dens forhold til den erstatningsretlige lavalder:

> *Man har i 1ste Stykke forhøjet Aldersgrænsen „14 Aar" til „15 Aar", hvilken sidste Aldersgrænse ogsaa er afgørende med Hensyn til unge Personers Erstatningsansvar, jfr. herved § 63 i Lov om Umyndighed og Værgemaal af 30. Juni 1922. De øvrige Ændringer i samme Stykke er kun af redaktionel Art og bringer Formuleringen i Overensstemmelse med de Udtryk, der anvendes i fornævnte Lovs § 64.*

Den gældende § 19, stk. 1 opererer ikke desto mindre med **under 14 år**. Uanset denne detalje er tankegangen entydig: § 19 spejler den almindelige erstatningsretlige tærskel for, hvornår et menneske overhovedet kan bebrejdes sin adfærd. Bestemmelsen er en **tilregnelighedsregel**, ikke en relationsregel.

Det samme gælder § 85, hvis lov-historik ligeledes kun rummer den oprindelige affattelse. **Hverken § 19 eller § 85 er ændret, siden loven blev til.** Retsstillingen på dette punkt har med andre ord ligget fast i knap et århundrede, og enhver udvikling er sket gennem forsikringsbetingelserne og gennem praksis – ikke gennem lovgivning.

Dette har en vigtig konsekvens for læsningen af § 19 i identifikationssammenhæng. Når § 85 trækker både § 18 **og § 19** over på den samlevende ægtefælle, betyder det, at ægtefællens forhold skal bedømmes efter præcis samme målestok som den sikredes egne: var ægtefællen utilregnelig i § 19, stk. 1's forstand, eller handlede

ægtefællen forsvarligt for at afværge skade efter § 19, stk. 2, bortfalder dækningen ikke. § 19 er derfor i identifikationslæren en **beskyttelse af den sikrede**, ikke en byrde.

LOV Forsikringsaftaleloven § 18 Forsikringsaftaleloven § 19, stk. 1-2 Forsikringsaftaleloven § 85

§ 5 Domstolenes hovedregel: identifikation kun hvor »særlige grunde taler derfor« (BS-3071/2003-VLR)

Den centrale danske afgørelse om identifikation mellem flere sikrede er Vestre Landsrets dom af 30. november 2004, BS-3071/2003-VLR.

Faktum. To ægtefæller ejede et hus i lige sameje. Samlivet blev ophævet i november 1999, og parterne blev separeret ved dom i februar 2000. Den 30. marts 2000 satte den ene ægtefælle forsætligt ild til huset. Topdanmark udbetalte forsikringsydelsen direkte til panthaverne og rejste derefter regreskrav mod den **uskyldige** medejer på 551.675,27 kr.

Retsgrundlaget. Landsretten tog udgangspunkt i samspillet mellem § 18 og definitionen af den sikrede:

> *Det følger af forsikringsaftalelovens § 18, stk. 1, at den sikrede ikke har noget krav mod forsikringsselskabet, hvis han har fremkaldt forsikringsbegivenheden forsætligt. Det følger endvidere af forsikringsaftalelovens § 2, stk. 3, at der ved "den sikrede" forstås den, som har ret til forsikringsydelsen, hvis denne kommer til udbetaling.*

Hovedreglen. Herefter formulerede landsretten den sætning, der bærer hele retsområdet:

> *Uanset dette må det antages, at der i et tilfælde som det foreliggende, hvor der er flere sikrede personer, alene sker identifikation mellem den af de sikrede, der forsætligt fremkalder forsikringsbegivenheden, og den eller de øvrige sikrede personer, såfremt særlige grunde taler derfor.*

Udgangspunktet er altså **ingen identifikation**. Hver sikret bedømmes på sin egen adfærd, jf. § 2, stk. 3, og identifikation er undtagelsen, der kræver positiv begrundelse.

Subsumptionen. Landsretten fandt ingen sådanne særlige grunde:

> *Under hensyn til, at Appelindstævnte 2 og Appelindstævnte 1 havde ophævet samlivet i november 1999, og at de var blevet separeret ved dom i februar 2000, foreligger der ikke særlige grunde, der taler for at identificere Appelindstævnte 2 med Appelindstævnte 1 der den 30. marts 2000 forsætligt satte ild på det hus, som Appelindstævnte 2 og Appelindstævnte 1 ejede i lige sameje, og derved fremkaldte forsikringsbegivenheden.*

Instans	Afgørelse	Dato
Retten i Kolding (BS 4-102/2003)	Frifandt den fraseparerede ægtefælle for regreskravet	15. december 2003
Vestre Landsret (BS-3071/2003-VLR)	Stadfæstede – ingen identifikation, intet regres	30. november 2004

Topdanmark blev pålagt at betale 42.000 kr. i sagsomkostninger til statskassen for landsretten.

Bemærk, at landsretten **ikke** anvendte § 85 direkte. Det var heller ikke nødvendigt: samlivet var ophævet, og § 85 forudsætter en »med ham samlevende ægtefælle«. Dommen udfylder derfor netop det rum, § 85 lader stå åbent – og gør det med en hovedregel, der læner sig mod den sikrede.

LOV Forsikringsaftaleloven § 2, stk. 3 Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 1 Forsikringsaftaleloven § 85

PRAKSIS **Landsretten** · Dom om regreskrav efter brandstiftelse i forsikringssag 30.11.2004

§ 6 Samlivets ophør er det tungeste enkeltmoment

På tværs af materialet er samlivsstatus det moment, der oftest afgør identifikationsspørgsmålet – og det er ikke tilfældigt. Det følger direkte af § 85's ordlyd (»med ham **samlevende** ægtefælle«) og genfindes som det bærende hensyn i BS-3071/2003-VLR, hvor både samlivsophævelsen (november 1999) og separationen (februar 2000) blev fremhævet.

Parterne argumenterer da også konsekvent på denne akse:

- I AK 84866 stod hele sagen på, om klageren og husets ejer var samlevende. Selskabet pegede på, at ejeren havde omtalt klageren som sin »samlever« over for taksator, at parterne havde et betydeligt økonomisk interessefællesskab (ejeren havde købt klagerens hus for at redde det fra tvangsauktion), og at de benyttede samme advokat. Klageren pegede omvendt på, at parterne havde **hver sin** indboforsikring, at handlen skete på markedsvilkår, og at begge havde haft andre kærester i perioden.
- I AK 98263 (30. november 2022) anførte klagerens advokat udtrykkeligt, at »samlivet var ophævet, og at de boede på hver sin etage, hvorfor førerens eventuelle forsæt ikke burde ramme klageren«, jf. § 18.

De momenter, parter og nævn faktisk vejer, tegner et genkendeligt mønster:

- **Formel status** – separation eller skilsmisse taler stærkt imod identifikation.
- **Faktisk boligfællesskab** – fælles adresse, eller omvendt separate etager/husstande.
- **Økonomisk interessefællesskab** – sameje, fælles lån, kaution, indbyrdes handler.
- **Forsikringsteknisk adskillelse** – at parterne har tegnet hver sin police, trækker mod selvstændig bedømmelse.
- **Parternes egne betegnelser** – hvad de har kaldt relationen over for taksator, politi og myndigheder.

Det skal understreges, at ingen af disse ankenævnssager blev afgjort *på* identifikationsspørgsmålet – se afsnittet om bevisbyrde nedenfor. Deres værdi ligger i at vise, hvilke momenter der reelt bringes i spil.

LOV Forsikringsaftaleloven § 18 Forsikringsaftaleloven § 85

PRAKSIS **Landsretten** · Dom om regreskrav efter brandstiftelse i forsikringssag 30.11.2004

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på kaskodækning ved totalskade grundet tvivl om hændelsesforløbet og førerens identitet 30.11.2022

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for brandskade på indbo grundet spørgsmål om samliv og forsætlig brandstiftelse 17.03.2014

§ 7 Hjemmeboende børn: identifikationen står i policen, ikke i loven

Her ligger emnets praktisk vigtigste indsigt. **Der findes ingen lovhjemmel til at identificere forsikringstageren med sit hjemmeboende barn.** § 85 nævner kun ægtefællen. Alligevel er identifikation med hjemmeboende børn dagligdag i bilforsikring – fordi den står i forsikringsbetingelserne, og fordi § 3 tillader det.

AK 93569 (4. september 2019) illustrerer mekanikken skarpt. Forsikringstagerens barn under 18 år og uden kørekort skaffede sig adgang til forældrenes **aflåste** soveværelse, tog bilens reservenøgle, kørte ud uden forældrenes viden, kørte 120-140 km/t, mistede herredømmet og totalskadede bilen. Forholdet blev anmeldt til politiet som **tyveri**. Forældrene havde efter afhøringsrapporten aktivt forsøgt at gemme bilnøglerne.

GF-Forsikring afviste under henvisning til betingelsernes punkt 17.1.14 og 17.1.16. Punkt 17.1.14 undtager:

> *skade sket mens bilen blev ført af en person, der ikke havde lovbefalet kørekort, medmindre det godtgøres, at skaden ikke skyldes mangel på køreFærdighed*

Punkt 17.1.16 indeholder derefter en »redningsklausul« for den uvidende forsikringstager – med en udtrykkelig modundtagelse:

> *Forsikringstager er dækket i skadetilfældene nævnt under punkterne 17.1.12 til og med 17.1.15, hvis forsikringstager ikke var fører af bilen og ikke vidste, at der forelå omstændigheder som beskrevet. Det er en forudsætning, at forsikringstagerens manglende viden om forhold nævnt under punkterne 17.1.12 til og med 17.1.15 ikke skyldes grov uagtsomhed. Forsikringstager er ikke dækket i følgende tilfælde: … Når forsikringstagers hjemmeboende børn, eller superelitebarn, var fører*

Selskabet gjorde gældende, at klageren »i den konkrete situation må tåle identifikation med klagers barn«, og at manglende viden ikke ændrede noget. Nævnet gav ikke klageren medhold:

> *Klageren får ikke medhold i sagen. Ankenævnet finder, at klageren ikke har bevist, at skaden ikke skyldes barnets mangel på køreFærdighed. Nævnet kan ikke kritisere selskabets afgørelse, da bilen blev ført af klagerens hjemmeboende barn, der ikke havde lovbefalet kørekort. I en sådan situation er det uden betydning, at klageren ikke var vidende om forholdet, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 17.1.14 og 17.1.16.*

Tre pointer fortjener at stå tydeligt:

1. **Identifikationen er aftalt, ikke lovbestemt.** Havde policen tiet, ville § 85 ikke kunne bære resultatet – bestemmelsen rammer ikke børn.
2. **Forsikringstagerens egen uskyld er irrelevant.** Nøglen var gemt, døren aflåst, forholdet politianmeldt som tyveri – og det hjalp ikke. Klausulen er objektiv.
3. **Praksis er konsolideret.** Selskabet henviste til en række tidligere nævnskendelser (AK38403, AK48827, AK74000, AK78254 og AK86673), hvilket viser en langvarig og fast linje.

Sagstypen er fortsat levende: AK 104107 (17. december 2025) angår igen kaskodækning ved en mindreårigs brugstyveri af bil uden førerret.

For rådgiveren er konsekvensen klar: **spørgsmålet er ikke, hvad forsikringsaftaleloven siger om hjemmeboende børn – den siger intet. Spørgsmålet er, hvad policens undtagelseskatalog siger, og om vilkåret holder over for § 20.**

LOV Forsikringsaftaleloven § 3 Forsikringsaftaleloven § 20 Forsikringsaftaleloven § 85

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Kaskodækning ved mindreårig barns brugstyveri af bil uden førerret 17.12.2025

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for totalskadet bil efter tyveri og kørsel uden kørekort af hjemmeboende barn 04.09.2019

§ 8 Hvem er overhovedet »sikret«? Husstandens ydre grænse

Identifikation forudsætter, at der er flere sikrede at identificere. Derfor er det logisk første spørgsmål altid: hvem er sikret under policen?

Lovens svar er funktionelt, ikke relationelt. Efter § 2, stk. 3 er den sikrede »den, som, hvis en forsikringsydelse kommer til udbetaling, har ret til ydelsen«. § 57, stk. 1 supplerer: »Når forsikringsbegivenheden indtræder, tilkommer retten til erstatning den, hvis interesse forsikringen skal dække, selv om han ikke har fået meddelelse om forsikringen.« Og § 54, stk. 1 bestemmer, at en tingsforsikring uden angivelse af nogen bestemt interesse anses tegnet til fordel for **enhver**, der som ejer, panthaver eller indehaver af anden tinglig ret – eller fordi han bærer faren for tingen – vil lide tab.

Det er denne interessebaserede tilgang, der gør BS-3071/2003-VLR mulig: to samejere er to sikrede, hver med sin egen interesse og sit eget krav.

Kredsen kan være snævrere, end klageren tror. I AK 98512 (16. november 2022) fastslog nævnet, at sikrede under en ejerskifteforsikring alene er forsikringstageren i egenskab af køber og ejer – lejere er **ikke** medforsikrede:

> *Ejerskifteforsikringen dækker ikke tabte lejeindtægter eller omkostninger forbundet med lejernes fraflytning/genhusning. Nævnet henviser i den forbindelse til sine tidligere afgørelser i sagerne 97103, 82876, 80511, 79104 og 60659.*

Og selskabet må ikke udvide »husstand« efterfølgende. AK 95787 (17. februar 2021) er principiel for begrebets afgrænsning. If havde ved tegningen spurgt, om »din eller nogen i husstanden« havde fået præmie eller selvrisiko sat op, men havde ikke defineret »husstand«. Da klageren havde undladt at oplyse om en **søskendes** forsikringsforhold – klageren boede til leje hos søskenden – opsagde If forsikringen med tilbagevirkende kraft efter § 6.

Nævnet gav klageren medhold. Da selskabet ikke havde fastlagt begrebet ved tegningen, kunne det ikke efterfølgende lægge en bredere definition til grund end den, betingelserne selv angav – »personer som bor fast på din adresse« – i overensstemmelse med princippet om, at uklare vilkår fortolkes imod den, der har affattet dem, jf. aftaleloven § 38 b. Nævnet lagde vægt på, at betingelserne udtrykkeligt bestemte, at »Forsikringen omfatter ikke logerende og lejere«, og at søskenden derfor faldt uden for.

Det fører til en anvendelig tommelfingerregel: **hvis selskabet vil identificere bredt, skal det definere bredt – og gøre det på forhånd.** Et udefineret »husstand«-begreb i tegningsmaterialet kan ikke efterrationaliseres, når skaden er sket.

LOV Aftaleloven § 38b · Forsikringsaftaleloven § 2, stk. 3 · Forsikringsaftaleloven § 6 · Forsikringsaftaleloven § 54, stk. 1 · Forsikringsaftaleloven § 57, stk. 1

PRAKSIS **Landsretten** · Dom om regreskrav efter brandstiftelse i forsikringssag 30.11.2004

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af genhusning af lejere og tabt lejeindtægt under ejerskifteforsikring 16.11.2022

Ankenævnet for Forsikring · If Skadeforsikring: Opsigelse af rejseforsikring grundet urigtige oplysninger om husstandens forsikringsforhold 17.02.2021

§ 9 Identifikation uden for husstanden – organisatorisk og i selskabets egen retning

Identifikationstanken er ikke reserveret til familierelationer. To varianter fortjener omtale, fordi de viser figurens egentlige logik.

Organisatorisk identifikation. I AK 85416 (8. september 2014) fik et bestyrelsesmedlem i en andelsboligforening sin bil beskadiget af sne, der faldt ned fra foreningens tag. Han anmeldte kravet under foreningens husejeransvarsforsikring. Codan afviste under henvisning til identifikation og anførte, at identifikation er »en almindelig grundsætning i dansk erstatnings- og forsikringsret, som sikrer, at en skadevolder ikke kan blive holdt ansvarlig over for sig selv«. Selskabets kernebetragtning:

> *Det mulige erstatningsansvar, der kunne påhvile andelsboligforeningen for manglende agtpågivenhed i forhold til risikoen for nedstyrtning af sne og is fra taget, reelt påhviler bestyrelsesmedlemmerne, som dem der har mulighed for konkret at sikre, at der ikke sker nedstyrtninger eller, at der advares herimod.*

Nævnet tiltrådte:

> *Efter en gennemgang af sagen finder nævnet ikke at kunne kritisere, at selskabet har afvist dækning af skaden på bilen i henhold til husejeransvarsforsikringen med henvisning til, at der skal ske identifikation mellem skadelidte (bestyrelsesmedlemmet) og skadevolderen (andelsboligforeningen). Nævnet har herved bl.a. lagt vægt på, at spørgsmålet om bestyrelsen - som J. S. er medlem af - har forsømt sine pligter, er afgørende for andelsboligforeningens mulige erstatningsansvar.*

At bestyrelsesarbejdet var frivilligt og ulønnet, ændrede intet. Det bærende var **funktionen**: skadelidte tilhørte netop den personkreds, hvis agtpågivenhed afgjorde ansvaret. Det er samme funktionelle logik som i § 51, stk. 1 om den, »hvem det påhviler at påse forskrifternes gennemførelse«.

Identifikation den anden vej. Figuren binder også selskabet. I AK 92515 (23. januar 2019) havde selskabets egen assurandør gennemgået kundens fulde skadeshistorik på det tidligere selskabs hjemmeside og selv sagt, at det var nok at notere to skader. Da selskabet senere opsagde forsikringerne med tilbagevirkende kraft for urigtige risikooplysninger, udtalte nævnet:

> *Da selskabet må tåle identifikation med assurandøren, har selskabet således siden tegningen været klar over opsigelse og skadeshistorik i tidligere forsikringsselskab.*

Klageren fik fuldt medhold. Afgørelsen er et sundt korrektiv: identifikation er et **tosidet** redskab, ikke blot et selskabsforsvar.

LOV Forsikringsaftaleloven § 6, stk. 1 | Forsikringsaftaleloven § 51, stk. 1

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Sag om opsigelse af forsikringer efter anmeldt skade grundet manglende oplysninger om skadeshistorik og tidligere opsigelse 23.01.2019

Ankenævnet for Forsikring · Sag om afvisning af dækning på husejeransvarsforsikring grundet identifikation mellem skadelidt bestyrelsesmedlem og skadevoldende andelsboligforening 08.09.2014

§ 10 Bevisbyrden kommer først – identifikationsspørgsmålet nås ofte aldrig

Et markant træk ved materialet er, hvor sjældent identifikationsspørgsmålet faktisk bliver afgjort. Sikrede skal først løfte bevisbyrden for, at der overhovedet foreligger en dækningsberettigende forsikringsbegivenhed. Gør han ikke det, er identifikation uden betydning.

Nævnet afstår ved bevistvivl. I AK 84866 kunne nævnet hverken afgøre, om relationen havde en sådan karakter, at identifikation kom på tale, eller om der var handlet forsætligt eller groft uagtsomt:

> *Nævnet finder, at der til en afgørelse af sagen må kræves en nærmere bevisførelse, herunder parts- og vidneforklaringer, som ikke kan ske for nævnet, men som må foretages for domstolene.*

Det er en systematisk begrænsning: identifikationssager er bevistunge og handler om samlivets faktiske karakter, økonomiske motiver og forsæt – netop det, en skriftlig nævnsbehandling ikke kan afklare. **Identifikationstvister hører hjemme ved domstolene.**

Selskabet vinder på bevis, ikke på identifikation. I AK 98263 var der skiftende forklaringer om, hvem der havde ført bilen, om årsagen var et rådyr eller en traktor, og om tidspunktet – sammenholdt med teledata, der modsagde førerens forklaring, udlæg i klagerens bil for førerens gæld og fælles lån. Nævnet nåede aldrig identifikationen:

> *Efter en samlet vurdering finder nævnet, at der er en sådan uklarhed om skadesituationen, skadetidspunktet og hvem der førte bilen, at nævnet ikke har grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning...*

Samme mønster ses i **AK 101076** (27. november 2024), hvor Topdanmark afviste dækning for et anmeldt indbrudstyveri, fordi klageren ikke havde sandsynliggjort en dækningsberettigende forsikringsbegivenhed.

Det praktiske råd følger heraf: i sager om en medforsikrets forsætlige adfærd bør man forvente, at selskabet fører sagen på **to spor** – primært bevistvivl om selve begivenheden, sekundært identifikation. Det første spor er ofte det stærkeste for selskabet, fordi bevisbyrden ligger hos sikrede.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 1	
PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Topdanmark Forsikring A/S – Afvisning af dækning for indbrudstyveri grundet manglende bevis for forsikringsbegivenhed	27.11.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på kaskodækning ved totalskade grundet tvivl om hændelsesforløbet og førerens identitet	30.11.2022
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for brandskade på indbo grundet spørgsmål om samliv og forsætlig brandstiftelse	17.03.2014

§ 11 Regres og panthaverens stilling – identifikationens økonomiske bagside

Identifikationsspørgsmålet får ofte først praktisk betydning i regresleddet, fordi panthaveren typisk får pengene, mens tvisten står mellem selskabet og den uskyldige medejer.

§ 86, stk. 1 beskytter panthaveren i forsikret fast ejendom:

> *Er en forsikret fast ejendom pantsat, kan panthaveren, selv om selskabets ansvar overfor ejeren bortfalder i medfør af §§ 4, 6 og 50, 2det stykke, dog kræve dækning i den erstatning, som ellers ville være kommet til udbetaling, for så vidt han ikke kan opnå fyldestgørelse af pantet eller af skyldnerens øvrige formue. I det omfang, i hvilket selskabet har betalt erstatning til panthaveren, indtræder det i dennes ret mod ejeren.*

Det var netop denne indtrædelsesret, Topdanmark forsøgte at bruge i BS-3071/2003-VLR. Argumentet var elegant: ved at indfri pantebrevene havde selskabet frigjort den uskyldige medejer for hendes personlige hæftelse, og den berigelse måtte kunne kræves tilbage. Landsretten afviste:

> *Appelindstævnte 2 ville således have haft ret til at få udbetalt sin andel af forsikringsydelsen, hvis ikke ejendommen havde været pantsat. Ved udbetalingen fra Topdanmark til panthaverne blev Appelindstævnte 2 frigjort for hele sin hæftelse i henhold til pantebrevene. Under hensyn til formålet med at have en brandforsikring, og da der som ovenfor anført ikke er grundlag for at identificere Appelindstævnte 2 med Appelindstævnte 1 kan denne omstændighed imidlertid ikke begrunde, at Topdanmark i henhold til Forsikringsaftalelovens § 86, stk. 1, kan gøre et regreskrav gældende over for Appelindstævnte 2 i anledning af, at Topdanmark har indfriet pantebrevene.*

To bærende hensyn: **formålet med at have en brandforsikring**, og den manglende identifikation. Havde den uskyldige medejer fået sin andel udbetalt kontant i en upantsat ejendom, havde hun beholdt den. At pantet dirigerede pengene til panthaverne i stedet, må ikke vende resultatet på hovedet.

Afgørelsen har en tydelig rækkevidde: **er identifikationen afvist på dækningssiden, er den også afvist på regressiden.** Selskabet kan ikke via § 86, stk. 1 genindføre en identifikation, det ikke kunne opnå efter § 18 og § 85.

Bemærk i øvrigt, at § 86, stk. 1 efter sin ordlyd værner panthaveren mod bortfald i medfør af §§ 4, 6 og 50, 2. stk. – **ikke** mod bortfald efter § 18. Og § 87, stk. 2 præciserer, at § 51, 1. stk., om sikkerhedsforskrifter kun kan påberåbes over for panthaveren, når denne selv er skyld i, at pålægget ikke er overholdt – endnu et udslag af, at loven som udgangspunkt afviser at lade én persons forsømmelse ramme en anden.

LOV Forsikringsaftaleloven § 18 · Forsikringsaftaleloven § 85 · Forsikringsaftaleloven § 86, stk. 1 · Forsikringsaftaleloven § 87, stk. 2

PRAKSIS **Landsretten** · Dom om regreskrav efter brandstiftelse i forsikringssag 30.11.2004

§ 12 Sammenfatning, checkliste og afgrænsning

Retsgrundlaget i rigtig rækkefølge. Den, der skal vurdere en identifikationssag, bør spørge i denne orden:

1. **Er der en dækningsberettigende forsikringsbegivenhed?** Sikrede har bevisbyrden. Svigter beviset, er alt andet uden betydning – jf. AK 98263.
2. **Hvem er sikret?** § 2, stk. 3, § 54, stk. 1 og § 57, stk. 1 – interessen, ikke relationen, afgør. Lejere og logerende er typisk ikke medforsikrede, jf. AK 98512.
3. **Hvad siger policen?** Fordi loven efter § 3 er deklaratorisk, er betingelserne den primære identifikationskilde – særligt for hjemmeboende børn, jf. AK 93569. Er vilkåret uklart, fortolkes det mod selskabet, jf. AK 95787.
4. **Holder vilkåret?** § 20, § 51, stk. 2 og § 52, stk. 2 sætter de ufravigelige grænser.
5.

Rækker § 85? Kun hvis skadevolderen er den sikredes **samlevende ægtefælle** – og uden for brandforsikring kun analogt, jf. AK 84866.

6. **Slår § 19 igennem?** Via § 85's henvisning bevares dækningen, hvis ægtefællen var utilregnelig eller handlede forsvarligt for at afværge skade.
7. **Foreligger der »særlige grunde«?** Uden for § 85 er dette hovedreglen, jf. BS-3071/2003-VLR – og udgangspunktet er, at de ikke gør.
8. **Og på regressiden?** Ingen identifikation på dækningssiden betyder ingen identifikation efter § 86, stk. 1.

Den overordnede konklusion. Dansk ret er tilbageholdende med identifikation. Loven rummer kun to lovbestemte figurer – § 85 (samlevende ægtefælle, i brandforsikringsreglerne) og § 51, stk. 1 (den, der skal påse sikkerhedsforskrifter) – og domstolene kræver derudover »særlige grunde«. Den brede identifikation, forsikringstagere møder i praksis, er **aftalt**, ikke lovbestemt. Det er derfor policens undtagelseskatalog, ikke lovteksten, der afgør de fleste sager.

Retskildebilledet er tyndt – og det er i sig selv en pointe. Identifikation er ikke reguleret i bekendtgørelser, og der findes ingen ministeriel vejledning om FAL's identifikationsregler. Bestemmelserne er aldrig ændret. Området styres af 1930-lovens knappe ordlyd, af forsikringsbetingelserne og af en meget begrænset domspraksis. Netop derfor bærer BS-3071/2003-VLR uforholdsmæssigt meget vægt.

Afgrænsning. Denne oversigt angår **andres** adfærd. Hvor det er forsikringstageren eller den sikrede **selv**, der har handlet forsætligt eller groft uagtsomt, er der intet at identificere – så gælder § 18 og § 20 direkte. Se herom praksisoversigten om forsæt og grov uagtsomhed i ansvarsforsikring. Et eksempel på skellet er **AK 100814** (17. april 2024), hvor kaskodækning blev afvist efter et færdselsuheld under kapkørsel – dér var det klageren selv, der havde ført bilen, og identifikationsspørgsmålet opstod ikke.

En sidste advarsel om betegnelsen. Bliver du mødt med en henvisning til »identifikation efter FAL § 19«, så læs bestemmelsen. § 19 fjerner ikke dækning – den bevarer den.

LOV
Forsikringsaftaleloven § 3
Forsikringsaftaleloven § 18
Forsikringsaftaleloven § 19, stk. 1-2
Forsikringsaftaleloven § 20
Forsikringsaftaleloven § 51, stk. 1-2
Forsikringsaftaleloven § 85
Forsikringsaftaleloven § 86, stk. 1

PRAKSIS

Landsretten · Dom om regreskrav efter brandstiftelse i forsikringssag	30.11.2004
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på kaskodækning ved færdselsuheld grundet grov uagtsomhed og kapkørsel	17.04.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på kaskodækning ved totalskade grundet tvivl om hændelsesforløbet og førerens identitet	30.11.2022
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af genhusning af lejere og tabt lejeindtægt under ejerskifteforsikring	16.11.2022
Ankenævnet for Forsikring · If Skadeforsikring: Opsigelse af rejseforsikring grundet urigtige oplysninger om husstandens forsikringsforhold	17.02.2021
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for totalskadet bil efter tyveri og kørsel uden kørekort af hjemmeboende barn	04.09.2019
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for brandskade på indbo grundet spørgsmål om samliv og forsætlig brandstiftelse	17.03.2014

REFERENCE Lovgrundlag

6 paragraffer

Forsikringsaftaleloven § 2	stk. 3	Forsikringsaftaleloven § 3	
Forsikringsaftaleloven § 18	stk. 1-2	Forsikringsaftaleloven § 19	stk. 1-2
Forsikringsaftaleloven § 85		Forsikringsaftaleloven § 86	stk. 1

MATERIALE Citerede afgørelser

12 afgørelser

LANDSRETTEN · ANKEINSTANS 1

30.11.2004	Dom om regreskrav efter brandstiftelse i forsikringssag	5003-6023

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS 11

17.12.2025	Kaskodækning ved mindreårig barns brugstyveri af bil uden førerret	104107
27.11.2024	Topdanmark Forsikring A/S – Afvisning af dækning for indbrudstyveri grundet manglende bevis for forsikringsbegivenhed	101076
17.04.2024	Afslag på kaskodækning ved færdselsuheld grundet grov uagtsomhed og kapkørsel	100814
30.11.2022	Afslag på kaskodækning ved totalskade grundet tvivl om hændelsesforløbet og førerens identitet	98263
16.11.2022	Afslag på dækning af genhusning af lejere og tabt lejeindtægt under ejerskifteforsikring	98512
17.03.2021	Forsikringsdækning ved ekskærestes brandstiftelse: Spørgsmål om identifikation efter forsikringsaftaleloven	95544
17.02.2021	If Skadeforsikring: Opsigelse af rejseforsikring grundet urigtige oplysninger om husstandens forsikringsforhold	95787
04.09.2019	Afvisning af dækning for totalskadet bil efter tyveri og kørsel uden kørekort af hjemmeboende barn	93569
23.01.2019	Sag om opsigelse af forsikringer efter anmeldt skade grundet manglende oplysninger om skadeshistorik og tidligere opsigelse	92515
08.09.2014	Sag om afvisning af dækning på husejeransvarsforsikring grundet identifikation mellem skadelidt bestyrelsesmedlem og skadevoldende andelsboligforening	85416
17.03.2014	Afvisning af dækning for brandskade på indbo grundet spørgsmål om samliv og forsætlig brandstiftelse	84866

19 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over indboforsikring — tyveri, vand- og brandskade

Beviskrav, vilkårsfortolkning og erstatningsopgørelse ved tyveri, vand- og brandskade

Version 2 Opdateret 27. jun. 2026 20 afgørelser · 2018–2025 Læs online

INTRODUKTION

Indboforsikringen er den mest udbredte privatforsikring i Danmark og dækker som udgangspunkt forsikringstagerens løsøre mod en række farer — herunder tyveri, brand, vandskade og i visse tilfælde pludselig hændelig skade. Retsstillingen bygger på forsikringsaftaleloven suppleret af de konkrete forsikringsbetingelser, og den helt overvejende praksis på området formes af Ankenævnet for Forsikring, der årligt behandler hundredvis af klager over forsikringsselskabernes afgørelser. Den dominerende problemstilling er bevisbyrden: det påhviler forsikringstageren at sandsynliggøre, at en dækningsberettiget skade har fundet sted, og at dokumentere ejerskab, tab og skadens omstændigheder. Forsikringsselskabet bærer omvendt bevisbyrden, hvis det vil påberåbe sig en svigsbaseret afvisning.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Det påhviler forsikringstageren at bevise, at der foreligger en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed, herunder at sandsynliggøre skadens faktiske omstændigheder.

02 Forsikringsselskabet bærer bevisbyrden, hvis det hævder, at forsikringstageren har udvist svig eller forsætligt fremkaldt skaden.

03 Sondringen mellem indbrudstyveri og simpelt tyveri er afgørende for dækningsomfanget — smykker, kontanter og særligt værdifulde genstande er typisk kun dækket ved indbrudstyveri fra forsvarligt aflåst bygning.

04 Ved simpelt tyveri fra offentligt tilgængelige steder (fitnesscentre, fællesskure med mange nøgler) gælder typisk strengere begrænsninger, og sådanne lokaler anses ikke for forsvarligt aflåst.

05 Tyveri af cykler kræver som objektiv dækningsbetingelse, at cyklen er aflåst med en lås godkendt af Dansk Varefakta Nævn, og dette krav suspenderes ikke af, at cyklen er delvist adskilt.

06 Ran kræver efter forsikringsbetingelserne, at sikrede eller andre har bemærket tyveriet i gerningsøjeblikket — formodning eller efterfølgende konstatering opfylder ikke dette krav.

07 Overtrædelse af sikkerhedsforskrifter (manglende aflåsning, åbne vinduer) medfører, at forsikringstageren kun har krav mod selskabet, hvis det godtgøres, at overtrædelsen ikke var årsag til skaden, jf. forsikringsaftaleloven § 51.

08 Erstatning for indbo kan ikke overstige den lidte skade, og forsikringsselskabet er berettiget til at kræve dokumentation for ejerskab og værdi — herunder kvitteringer, fotos og vidneerklæringer.

09 Ved vandskade er dækningsomfanget afhængigt af skadens årsag: rørskader og pludselig vandindtrængning dækkes typisk, mens gradvis fugtskade og vedligeholdelsesmangler falder uden for.

10 Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 5 medfører, at forældelsesfristen tidligst udløber 1 år efter selskabets endelige meddelelse om hel eller delvis afvisning — dette gælder også ved genoptagelse af sager om senfølger.

11 Kontanter dækkes som hovedregel kun ved ran, røveri eller overfald — ikke ved simpelt tyveri.

12 Forsikringen dækker ikke erhvervsmæssigt udstyr, uanset at det opbevares i forsikringstagerens bolig, hvis genstandene efter karakter og omfang har erhvervsmæssig tilknytning.

§ 1 Retsgrundlag — forsikringsaftaleloven og vilkårsfortolkning

Indboforsikringens retlige ramme udspringer af forsikringsaftaleloven (FAL), der regulerer forholdet mellem forsikringsselskab og forsikringstager ved skadesforsikring. De centrale bestemmelser er:

- Forsikringsaftaleloven § 4: Svigagtige oplysninger ved tegning medfører, at aftalen ikke er bindende for selskabet.
- Forsikringsaftaleloven § 21: Den sikrede skal uden ophold give selskabet meddelelse om forsikringsbegivenheden.
- Forsikringsaftaleloven § 22: Den sikrede skal give selskabet alle tilgængelige oplysninger om forhold af betydning for bedømmelsen.
- Forsikringsaftaleloven § 39, stk. 1: Selskabet er ikke forpligtet til at udrede større erstatning end, hvad der kræves til den lidte skades dækning.
- Forsikringsaftaleloven § 51: Overtrædelse af sikkerhedsforskrifter (f.eks. aflåsningskrav) kan medføre, at selskabet er fri for ansvar.
- Forsikringsaftaleloven § 55: Indboforsikring anses tillige at omfatte indbo tilhørende ægtefælle, hjemmeboende børn og husstandsmedlemmer.

Ud over loven reguleres dækningens konkrete omfang af forsikringsbetingelserne, der typisk sondrer mellem forskellige skadetyper (indbrudstyveri, simpelt tyveri, brand, vandskade, pludselig skade) med separate dækningsomfang og undtagelser for hver. Forsikringsbetingelserne fortolkes efter deres ordlyd, men uklarheder fortolkes mod selskabet (koncipistreglen).

Forældelse af krav mod forsikringsselskabet følger forsikringsaftaleloven § 29, der bl.a. fastsætter, at forældelse tidligst indtræder 1 år efter selskabets meddelelse om hel eller delvis afvisning. Højesteret har i

BS-12529/2018-HJR fastslået, at denne tillægsfrist også gælder ved genoptagelse af afsluttede skadesager, når selskabet reelt har påtaget sig en fornyet realitetsbehandling:

> *Højesteret finder, at forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, efter sin ordlyd og forarbejderne også finder anvendelse i et tilfælde, hvor skadelidte anmoder et forsikringsselskab om yderligere erstatning og godtgørelse med henvisning til senfølger af en ulykke.*

LOV Forsikringsaftaleloven § 4 Forsikringsaftaleloven § 21, stk. 1 Forsikringsaftaleloven § 22, stk. 1 Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 5 Forsikringsaftaleloven § 39, stk. 1 Forsikringsaftaleloven § 51, stk. 1 Forsikringsaftaleloven § 55

PRAKSIS **Højesteret** · Foreløbig afbrydelse af forældelse ved genoptagelse af skadesag om senfølger 18.12.2018

§ 2 Indbrudstyveri kontra simpelt tyveri – den afgørende sondring

Sondringen mellem **indbrudstyveri** og **simpelt tyveri** er det mest centrale fortolkningsspørgsmål i praksis. Konsekvenserne er vidtrækkende: smykker, guld, sølv, ure og kontanter er typisk kun dækket ved indbrudstyveri fra forsvarligt aflåst bygning, mens de er eksplicit undtaget ved simpelt tyveri.

Indbrudstyveri defineres i de typiske forsikringsbetingelser som tyveri fra en "forsvarligt låst bygning, lokale, godkendt container eller kundeboks i pengeinstitut." Simpelt tyveri er tyveri uden for bygning eller fra en bygning, der ikke var forsvarligt aflåst.

"Forsvarligt aflåst" – en streng standard:

Ankenævnet for Forsikring stiller høje krav til, hvad der udgør forsvarlig aflåsning:

- I sag 93764 fandt nævnet, at et træningscenter med elektronisk nøglekort ikke udgjorde en forsvarligt aflåst bygning, da det store antal medlemmer med adgangskort og muligheden for gæsteadgang betød, at bygningen reelt ikke var aflåst i forsikringsmæssig forstand. Tyveriet af et ur fra et aflåst skab blev behandlet som simpelt tyveri.
- I sag 103838 fastslog nævnet, at et fællesskur i en andelsboligforening med over 150 boliger og elektroniske nøglebrikker ikke var forsvarligt aflåst, da der var for mange nøgler i omløb. Nævnet kvalificerede kravet om forsvarlig låsning som en sikkerhedsforskrift efter forsikringsaftaleloven § 51.
- I sag 102966 kunne klageren ikke dokumentere, at boligen var forsvarligt aflåst på gerningstidspunktet, da hun havde oplyst, at tyveriet muligvis skete under udluftning. Gerningstidsrummet strakte sig over tre uger, og der var ingen fysiske opbrudstegn. Nævnet behandlede derfor hændelsen som simpelt tyveri, og smykkerne var undtaget fra dækning.

Kriterium	Indbrudstyveri	Simpelt tyveri
Aflåsning	Forsvarligt låst bygning	Uaflåst eller ikke forsvarligt låst
Smykker/guld	Dækket	Ikke dækket
Kontanter	Dækket (op til sum)	Ikke dækket
Ure/armbåndsure	Dækket	Typisk ikke dækket
Almindeligt indbo	Dækket	Dækket (med begrænsninger)

LOV Forsikringsaftaleloven § 51, stk. 1

PRAKSIS
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning for cykeltyveri fra fællesskur i andelsboligforening: Krav om opbrudstegn og godkendt lås — 10.09.2025
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning for stjålne smykker: Simpelt tyveri versus indbrudstyveri — 25.06.2025
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afgørelse vedrørende tyveri af ur fra aflåst skab i træningscenter: Simpelt tyveri vs. Indbrudstyveri — 18.09.2019

§ 3 Ran, røveri og åbenlyst tyveri — betingelsen om iagttagelse i gerningsøjeblikket

En særlig mellemkategori er **ran** og **åbenlyst tyveri**, der har betydning, fordi kontanter og smykker typisk dækkes ved disse begivenheder — i modsætning til ved simpelt tyveri. Forsikringsbetingelserne stiller imidlertid strenge krav til, at forsikringstageren eller andre faktisk **bemærkede** tyveriet i gerningsøjeblikket.

I sag 100841 var en ring blevet stjålet sammen med en kuffert på en togstation, mens forsikringstageren orienterede sig om perroner. Selskabet afviste at dække ringen (8.600 kr.) under reglen om åbenlyst tyveri, da forsikringstageren ikke bemærkede tyveriet i det øjeblik, det skete. Nævnet gav selskabet medhold:

> *Nævnet bemærker, at policen alene angiver, hvilke forsikringssummer der gælder for blandt andet tyveri uden for bygning og åbenlyst tyveri. Betingelserne for dækning af tyveri fremgår af forsikringsbetingelserne.*

I sag 102490 anmeldte forsikringstageren tyveri af 25.000 kr. i kontanter fra en opskåret mavebæltetaske under et byarrangement. Han hævdede ran, da han var blevet passet op af en gruppe fremmede. Nævnet lagde imidlertid afgørende vægt på den oprindelige politianmeldelses ordlyd, hvor klageren skrev:

> *Desværre er jeg ikke i stand til at påpege nogenlunde præcist hvilken eller hvornår min mavebæltetaske blev skåret op…*

Da disse udsagn stod i klar modstrid med ran-betingelsens krav om, at sikrede har bemærket særlige omstændigheder og straks undersøgt nærmere, fik klageren ikke medhold. Kontanter på 25.000 kr. var uden dækning, og for mavebæltetaske og tegnebog (ca. 900 kr.) oversteg selvrisikoen tabet.

PRAKSIS
- **Ankenævnet for Forsikring** · Ankenævnssag om dækning af ran vs. simpelt tyveri af kontanter og beskadiget taske — 09.04.2025
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afvist dækning for stjålet ring i kuffert på banegård: Simpelt tyveri kontra åbenlyst tyveri — 29.05.2024

§ 4 Beviskrav ved tyverianmeldelser — dokumentation, troværdighed og svigsbevis

Det grundlæggende beviskrav er, at forsikringstageren skal **sandsynliggøre**, at en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed har fundet sted, og **dokumentere** ejerskab og størrelsen af tabet. Forsikringsselskabet bærer omvendt bevisbyrden for svig.

Ankenævnet for Forsikring har i en lang række sager afvist krav, hvor forsikringstageren ikke har kunnet sandsynliggøre indbrud:

- I sag 100320 afviste Topdanmark erstatning for anmeldt indbrudstyveri til knap 300.000 kr. Selskabet lagde vægt på, at politiet fandt ubrudt spindelvæv ved det påståede indstigningsvindue, at der var divergerende forklaringer, og at flere anmeldte genstande (PH-lamper, Kay Bojesen-aber) havde været udbudt til salg på DBA kort før indbruddet til væsentligt lavere priser. Nævnet gav selskabet medhold.
- I sag 95285 afviste Alm. Brand dækning af to tyverier fra en udlejet bolig. Teknologisk Institut konkluderede, at hoveddøren sandsynligvis ikke var aflåst. Klageren gav skiftende forklaringer om indtrængningsstedet, og der var ingen spor i støv eller vindueskarme. Nævnet fandt, at klageren ikke havde bevist en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed.

Dokumentation af ejerskab og værdi er ligeledes afgørende:

- I sag 100005 krævede forsikringstageren 245.000 kr. for et stjålet Rolex-ur, men havde ingen købskvittering. Uret var angiveligt købt kontant i udlandet via en advokat. Selskabet afviste fuld erstatning, da klageren ikke kunne dokumentere ejerskab tilstrækkeligt.
- I sag 101828 anmeldte klageren omfattende tab af smykker, ure og 30.000 kr. i kontanter. Skadesanmeldelsen blev indgivet ca. 1,5 måned efter indbruddet. Selskabet anerkendte indbruddet men reducerede erstatningen, da en del af genstandene var dokumenteret med kvitteringer i andres navn og udenlandske kvitteringer af tvivlsom ægthed.
- I sag 100640 afviste If Skadeforsikring dækning af en cykel til 45.000 kr., da klageren afviste at udlevere kontaktoplysninger på sælger, dokumentation for kontant betaling, og metadata på den fremlagte købsaftale viste uoverensstemmelser. Selskabet henviste til forsikringsaftaleloven § 22 om oplysningspligten.

LOV `Forsikringsaftaleloven § 22, stk. 1`

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Erstatning for stjålne smykker og kontanter efter indbrud – bevis for ejerskab og sandsynliggørelse af tab	22.01.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for cykeltyveri grundet manglende sandsynliggørelse og dokumentation	06.03.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på erstatning for indbrud til 300.000 kr. grundet ubrudt spindelvæv og manglende opbrudstegn	10.01.2024
Ankenævnet for Forsikring · Manglende erstatning for stjålet Rolex og møntsamling: Bevisbyrde og dokumentationskrav	11.10.2023
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for tyveri på grund af manglende bevis for indbrud og usikre omstændigheder	06.01.2021

§ 5 Cykeltyveri – det objektive krav om godkendt lås

Tyveri af cykler under indboforsikringen er underlagt en **objektiv dækningsbetingelse**: cyklen skal ved simpelt tyveri være aflåst med en lås godkendt af Dansk Varefakta Nævn (eller af forsikringsselskabet), og låsebevis skal medsendes skadesanmeldelsen.

Denne betingelse er absolut og fortolkes strengt:

- I sag 103261 blev to racercykler stjålet ved indbrud i forsikringstagerens bil. Cyklerne var delvist adskilt (forhjul og sadelpinder afmonteret) for transport og fastgjort med en almindelig kodelås. Klageren

argumenterede for, at delvis adskillelse ændrede genstandene fra "cykler" til løse "cykeldele", der ikke var underlagt låsekravet. Nævnet afviste dette:

> *Det, at cyklerne er delvist skilt ad til den specifikke lejlighed [...] bevirker ikke, at cyklerne hver især ophører med at være en samlet enhed i form af en cykel. [...] Cykeldelene udgør til sammen en komplet cykel, og der gælder således et krav om aflåsning med godkendt lås.*

Nævnet karakteriserede låsekravet som en **objektiv dækningsbetingelse med præventiv effekt**, der skal opfyldes reelt uanset indbrudsets konkrete gangart.

- I sag 103838 var en racercykel stjålet fra et fællesskur i en andelsboligforening. Klageren havde brugt en almindelig kædelås (wirelås), der blev brudt. Da hændelsen blev klassificeret som simpelt tyveri (ingen opbrudstegn på skurets dør), og låsen ikke var Varefakta-godkendt, var dækningsbetingelsen ikke opfyldt.

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Dækning af cykeltyveri fra aflåst bil: Krav om godkendt lås for delvist adskilte racercykler 05.11.2025

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for cykeltyveri fra fællesskur i andelsboligforening: Krav om opbrudstegn og godkendt lås 10.09.2025

§ 6 Vandskade – dækningsomfang og afgrænsning

Vandskade på indbo dækkes typisk, når den skyldes en **pludselig og uforudset** hændelse – herunder rørbrud, utætheder i installationer eller pludselig vandindtrængning. Gradvis fugtskade og vedligeholdelsesmangler falder derimod typisk uden for dækningen.

Dækningsomfanget ved vandskade afhænger af flere forhold:

- **Skadens årsag**: Forsikringen dækker typisk vandskade fra brud på rørinstallationer, utætte hvidevarer og pludselig indstrømning. Langsomme fugtskader, kondens og gradvis nedsivning er typisk undtaget.
- **Forsikringens gyldighed**: I sag 101964 indtraf en vandskade i klagerens kælder den 3. oktober 2023, men indboforsikringen var ophørt den 22. juni 2023 på grund af manglende betaling. Klagerens indbetaling af 1.200 kr. samme dag som skaden var utilstrækkelig til at genaktivere dækningen, da det fulde restancebeløb ikke var betalt. Nævnet fandt afvisningen berettiget med henvisning til forsikringsaftaleloven §§ 12-14.
- **Naturskade**: Skybrudsskader og oversvømmelse fra vandløb og søer håndteres efter særlige regler i lov om visse naturskader, hvor Naturskaderådet træffer afgørelse om, hvorvidt der har været en dækningsberettiget naturbegivenhed. Forsikringsselskaberne behandler anmeldelserne på Naturskaderådets vegne. En oversvømmelse, der er forårsaget af stormflod eller oversvømmelse fra vandløb og søer i kombination med oversvømmelse fra et andet sted, dækkes kun, hvis skaden ikke allerede er dækket af en privat forsikring.

Ved vandskade på indbo spiller skadens omfang en særlig rolle for erstatningsopgørelsen. Forsikringsselskabet er forpligtet til at dække rengøring/udbedring af vandskadet indbo, hvor dette er muligt, og ellers erstatte til genanskaffelsespris med fradrag for slid og alder.

LOV Forsikringsaftaleloven § 12

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning for vandskade efter ophør af indboforsikring grundet manglende betaling 06.08.2025

Ankenævnet for Forsikring · Opkrævning af selvrisiko hos boligejer ved dækningsberettiget byggeskade 05.03.2025

§ 7 Brandskade og påsat brand — skadeårsag og bevisbyrde

Brandskade dækkes som udgangspunkt under indboforsikringen, men selskabet kan afvise dækning, hvis det kan sandsynliggøres, at branden er **påsat af forsikringstageren** eller personer i dennes interessesfære, eller hvis forsikringstageren ikke kan sandsynliggøre en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed.

Selvom brandskade formelt er en separat skadetype fra tyveri, anvender nævnet de samme overordnede bevisprincipper. I sager om påsat brand spiller tekniske brandundersøgelser en afgørende rolle:

- I sag 102152 udbrændte klagerens bil natten til den 19. juli 2023 på en parkeringsplads. En brandteknisk rapport konkluderede, at branden var påsat og startet tre steder samtidigt — på førersædet, passagersædet og midterkonsollen — og at elektriske eller tekniske årsager var udelukket. Selskabet afviste dækning, da klageren ikke havde sandsynliggjort en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed.
- I sag 100279 afviste selskabet kaskodækning efter en bilbrand, der teknisk var konstateret påsat. Klageren og hans venner havde afgivet talrige modstridende forklaringer, og teleoplysninger modsagde dele af forklaringerne. Selvom politiet standsede efterforskningen for forsikringssvindel, fastslog nævnet, at bevisbyrden for en dækningsberettiget hændelse påhviler klageren, og at selskabet ikke har bevisbyrden for svig i en civilretlig kontekst.

Det bemærkes, at når skaden er forårsaget af **hærværk** (tredjemands påsatte brand), dækkes den som udgangspunkt, forudsat forsikringstageren kan sandsynliggøre, at der er tale om hærværk og ikke en arrangeret hændelse.

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Tvist om kaskodækning efter påsat bilbrand: Selskab afviste dækning med henvisning til aflåst bil og lille vinduesåbning 14.05.2025

Ankenævnet for Forsikring · Tvist om Kaskodækning: Afvisning af Erstatning for Bilbrand Grundet Modstridende Forklaringer 10.01.2024

§ 8 Pludselig skade på indbo — hændelig skade og dækningsbegrænsninger

Mange indboforsikringer tilbyder dækning for **pludselig skade** (også kaldet "all-risk" eller "hændelig skade"), der dækker utilsigtet beskadigelse af indbo. Dækningen har imidlertid væsentlige begrænsninger, og nævnet fortolker "pludselig" og "uventet" strengt.

I sag 100957 tabte forsikringstageren en lerskål, der beskadigede både et komfur og en køkkenbordplade. Selskabet dækkede glasskaden på kogepladen under glas- og sanitetsdækningen, men afviste bordpladen. Selskabet begrundede afvisningen med, at skaden på bordpladen, selvom den var pludselig, ikke var "uventet" i forsikringsmæssig forstand, da det at tabe ting er en forventelig del af dagligdagens gøren og laden i et hjem.

Denne sag illustrerer det generelle princip om, at pludselig skade-dækningen typisk kræver, at skaden er:

- **Pludselig**: Skaden skal ske ved en enkeltstående hændelse, ikke gradvist.
-

Uventet og uforudset: Det er ikke tilstrækkeligt, at skaden var utilsigtet — den skal også være uden for dagligdagens normale risikoområde.

- **Ikke omfattet af en undtagelse**: Slitage, gradvis forringelse, konstruktionsfejl og mangelfuld vedligeholdelse falder typisk uden for.

Sondringen mellem glas-/sanitetsdækning (komfur) og alm. pludselig skade-dækning (bordplade) viser, at samme hændelse kan udløse dækning for én genstand men ikke en anden, afhængigt af forsikringsbetingelsernes kategorisering.

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning for skade på bordplade efter tab af skål 29.05.2024

§ 9 Sikkerhedsforskrifter — aflåsning, alarm og forsikringsaftaleloven § 51

Forsikringsbetingelser indeholder typisk **sikkerhedsforskrifter**, der pålægger forsikringstageren at iagttage bestemte forholdsregler for at forebygge forsikringsbegivenheden. De hyppigste er krav om forsvarlig aflåsning af døre og vinduer, krav om alarmanlæg, og krav om godkendt lås ved cykelopbevaring.

Efter forsikringsaftaleloven § 51, stk. 1 gælder det, at hvis forsikringstageren har tilsidesat en sikkerhedsforskrift, har vedkommende kun krav mod selskabet, når det kan anses godtgjort, at forsikringsbegivenhedens indtræden eller omfang **ikke skyldes** overtrædelsen. Bevisbyrden vendes altså om til forsikringstagerens ugunst.

Forsikringsbetingelserne definerer typisk "forsvarligt låst" som minimum, at:

- Alle døre og indgangsåbninger er låst.
- Vinduer og lignende er lukkede og tilhaspede, når boligen er forladt.

I sag 102966 var boligen muligvis ikke forsvarligt aflåst under gerningstidsrummet, da klageren oplyste, at tyveriet måske skete under udluftning. Nævnet lagde vægt på, at det lange gerningstidsrum (tre uger) og de uklare omstændigheder svækkede muligheden for at fastslå forsvarlig aflåsning.

I sag 103838 kvalificerede nævnet kravet om forsvarlig låsning som en sikkerhedsforskrift efter § 51, og overtrædelsen blev tilregnet klageren, da det var dennes opgave at orientere sig om specifikke krav til opbevaring.

Det er vigtigt at understrege, at forsikringsaftaleloven § 51, stk. 2 sætter en grænse: aftaler, der i videre omfang fritager selskabet for ansvar ved overtrædelse af sikkerhedsforskrifter, er uden retsvirkning. Selskabet kan altså ikke betinge sig fuldstændig ansvarsfrihed ved enhver overtrædelse — kausalitetskravet skal bestå.

LOV `Forsikringsaftaleloven § 51, stk. 1, 2`

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning for cykeltyveri fra fællesskur i andelsboligforening: Krav om opbrudstegn og godkendt lås 10.09.2025

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for stjålne smykker: Simpelt tyveri versus indbrudstyveri 25.06.2025

§ 10 Erstatningsopgørelse — nyværdi, dokumentation og undtagelser for erhvervsudstyr

Erstatningen for skadet eller stjålet indbo opgøres efter forsikringsbetingelserne, men er underlagt det overordnede princip i forsikringsaftaleloven § 39, stk. 1: selskabet er aldrig forpligtet til at udrede mere end, hvad der kræves til den lidte skades dækning. Forsikringsbetingelserne sondrer typisk mellem:

- **Nyværdierstatning**: Genstande under en vis alder (typisk 2-3 år) erstattes til genanskaffelsespris.
- **Dagsværdierstatning**: Ældre genstande erstattes til deres værdi på skadetidspunktet med fradrag for alder og slid.
- **Særlige forsikringssummer**: Kontanter, smykker, elektronik og cykler er typisk underlagt beløbsmæssige maksima.

I sag 97848 fik klageren udbetalt det maksimale dækning på 110.300 kr. fra indboforsikringens bagagedækning for et stjålet Rolex-ur, men krævede differencen til urets reelle værdi dækket under rejseforsikringens overfaldsdækning. Nævnet afviste dette, da overfaldsdækningen er en personforsikring og ikke dækker tingskade:

> *Erstatningsansvarsloven regulerer erstatning og godtgørelse for personskade og tab af forsørger [...] Det erstatningsansvar, skadevolderen kan ifalde for tingsskade, har derimod ikke hjemmel i erstatningsansvarsloven.*

Undtagelse for erhvervsmæssigt udstyr:

I sag 100117 anmeldte klageren tyveri af 94 paintballvåben, dykkerudstyr og en slushice-maskine med et samlet krav på ca. 320.000 kr. Selskabet anerkendte indbruddet for værktøj (erstattet med 16.328 kr.), men afviste de øvrige genstande som erhvervsmæssigt udstyr. Nævnet lagde vægt på, at genstandene var købt samlet fra et konkursbo efter et event-firma, at klageren ejede et CVR-registreret selskab med relevante branchekoder, og at genstandenes art og omfang var erhvervsmæssig — uanset at de var opbevaret privat.

I sag 100349 afviste selskabet dækning af et overvågningsanlæg, der tilhørte udlejer men var lagt over på lejers vedligeholdelsespligt. Nævnet fandt, at overvågningssystemer ikke fremgik af den udtømmende liste over genstande, som en lejer er dækket for under indboforsikringen.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 39, stk. 1	
PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Dækning af lejet overvågningsanlæg på indboforsikring efter kortslutning	06.03.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Indboforsikring: Afslag på dækning af 94 paintballvåben og professionelt udstyr pga. erhvervsmæssig karakter	29.11.2023
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af Rolex-ur under rejseforsikringens overfaldsdækning	15.06.2022

§ 11 Sammenfatning af praksis og centrale mønstre

Praksis fra Ankenævnet for Forsikring tegner et samlet billede af indboforsikringens dækningsomfang og de typiske faldgruber for forsikringstageren:

-

Bevisbyrden er det gennemgående tema: forsikringstageren skal sandsynliggøre, at skaden er indtrådt, og at den falder inden for dækningen. Skiftende forklaringer, manglende fysiske spor og utilstrækkelig dokumentation fører konsekvent til afvisning.

- **Sondringen mellem indbrudstyveri og simpelt tyveri** har afgørende konsekvenser for, om værdifulde genstande som smykker og kontanter er dækket. Lokaler med mange adgangskort (fitnesscentre, fællesskure) anses ikke for forsvarligt aflåst.
- **Sikkerhedsforskrifter** skal overholdes — og bevisbyrden for, at overtrædelsen ikke var årsag til skaden, påhviler forsikringstageren, jf. forsikringsaftaleloven § 51.
- **Cykler** er underlagt et objektivt krav om Varefakta-godkendt lås, der ikke fraviges, selv når cyklen er delvist adskilt eller opbevaret i en aflåst bil.
- **Vandskade** dækkes ved pludselige hændelser, men forsikringens gyldighed og skadens årsag er afgørende — manglende præmiebetaling medfører ophør, og gradvis fugtskade falder uden for.
- **Brand** dækkes, medmindre forsikringstageren ikke kan sandsynliggøre en dækningsberettiget hændelse, f.eks. fordi teknisk undersøgelse viser påsat brand og forsikringstagerens forklaringer er inkonsistente.
- **Erstatningen** kan aldrig overstige den lidte skade og er begrænset af forsikringssummer for de enkelte genstandskategorier. Forsikringstageren skal kunne dokumentere ejerskab og værdi med kvitteringer, fotos eller vidneerklæringer.

Den historiske baggrund for forsikringsaftalens vilkår kan bl.a. spores i Forsikringskommissionens Betænkning III (betænkning nr. 737/1975), der allerede i 1970'erne bemærkede tyveriforsikringsbranchens udfordringer med stigende berigelseskriminalitet og professionelle tyverier. Dette førte til det tætte samarbejde med Justitsministeriet inden for det kriminalpræventive råd, der bl.a. resulterede i de sikkerhedsforskrifter og aflåsningskrav, der fortsat er en central del af forsikringsbetingelserne.

LOV Forsikringsaftaleloven § 51

REFERENCE Lovgrundlag

6 paragraffer

Forsikringsaftaleloven § 4		Forsikringsaftaleloven § 21	stk. 1
Forsikringsaftaleloven § 22	stk. 1	Forsikringsaftaleloven § 39	stk. 1
Forsikringsaftaleloven § 51	stk. 1	Forsikringsaftaleloven § 55	

MATERIALE Citerede afgørelser

20 afgørelser

HØJESTERET · ØVERSTE INSTANS 1

18.12.2018	Foreløbig afbrydelse af forældelse ved genoptagelse af skadesag om senfølger	bs-12529-2018-hjr

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS 19

05.11.2025	Dækning af cykeltyveri fra aflåst bil: Krav om godkendt lås for delvist adskilte racercykler	103261

10.09.2025	Afvisning af dækning for cykeltyveri fra fællesskur i andelsboligforening: Krav om opbrudstegn og godkendt lås	103838
06.08.2025	Afvisning af dækning for vandskade efter ophør af indboforsikring grundet manglende betaling	101964
25.06.2025	Afvisning af dækning for stjålne smykker: Simpelt tyveri versus indbrudstyveri	102966
14.05.2025	Tvist om kaskodækning efter påsat bilbrand: Selskab afviste dækning med henvisning til aflåst bil og lille vinduesåbning	102152
09.04.2025	Ankenævnssag om dækning af ran vs. simpelt tyveri af kontanter og beskadiget taske	102490
05.03.2025	Opkrævning af selvrisiko hos boligejer ved dækningsberettiget byggeskade	102043
22.01.2025	Erstatning for stjålne smykker og kontanter efter indbrud – bevis for ejerskab og sandsynliggørelse af tab	101828
29.05.2024	Afvist dækning for stjålet ring i kuffert på banegård: Simpelt tyveri kontra åbenlyst tyveri	100841
29.05.2024	Afvisning af dækning for skade på bordplade efter tab af skål	100957
06.03.2024	Dækning af lejet overvågningsanlæg på indboforsikring efter kortslutning	100349
06.03.2024	Afvisning af dækning for cykeltyveri grundet manglende sandsynliggørelse og dokumentation	100640
10.01.2024	Tvist om Kaskodækning: Afvisning af Erstatning for Bilbrand Grundet Modstridende Forklaringer	100279
10.01.2024	Afslag på erstatning for indbrud til 300.000 kr. grundet ubrudt spindelvæv og manglende opbrudstegn	100320
29.11.2023	Indboforsikring: Afslag på dækning af 94 paintballvåben og professionelt udstyr pga. erhvervsmæssig karakter	100117
11.10.2023	Manglende erstatning for stjålet Rolex og møntsamling: Bevisbyrde og dokumentationskrav	100005
15.06.2022	Afslag på dækning af Rolex-ur under rejseforsikringens overfaldsdækning	97848
06.01.2021	Afvisning af dækning for tyveri på grund af manglende bevis for indbrud og usikre omstændigheder	95285
18.09.2019	Afgørelse vedrørende tyveri af ur fra aflåst skab i træningscenter: Simpelt tyveri vs. Indbrudstyveri	93764

FORARBEJDE Betænkninger

1 reference

Forsikringskommissionens Betænkning III, Bind 1

nr. 737 · 1975 · Handelsministeriet

20 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over kritisk sygdom-forsikring (FAL §§ 18-22, §§ 120-130)

Diagnosekrav, karenstid, diagnosetidspunkt og forudbestående sygdom i nævns- og domstolspraksis

Version 2 Opdateret 24. jun. 2026 34 afgørelser · 2009–2026 Læs online

INTRODUKTION

Kritisk sygdom-forsikring (diagnoseforsikring) er en personforsikring, der udløser en engangsudbetaling – typisk 100.000-500.000 kr. – hvis forsikringstageren i forsikringsperioden får stillet en diagnose, som policen udtrykkeligt opregner. Retsgrundlaget er forsikringsaftaleloven (FAL) §§ 18-22 om den sikredes pligter og §§ 120 ff. om personforsikring, herunder § 120 om sygdom og ulykke i forsikringstiden. Praksis fra navnlig Ankenævnet for Forsikring viser, at tvister samler sig om fire hovedtemaer: (1) opfyldelse af de kontraktslige diagnosekrav (stadiekrav, biomarkør-krav, varige neurologiske udfald), (2) diagnosetidspunktet i forhold til forsikringsperioden, (3) karensperiodens rækkevidde og den objektive symptomvurdering, samt (4) undtagelsen for forudbestående eller tidligere diagnosticerede lidelser, herunder kræftkarensperioden på typisk 7-10 år.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Forsikringstageren bærer bevisbyrden for, at forsikringsbetingelsernes præcise diagnosekrav er opfyldt; det er ikke tilstrækkeligt blot at have en alvorlig sygdom.

02 For kræft anses diagnosen i forsikringsmæssig forstand først for stillet, når en speciallæge i patologisk anatomi har vurderet en histologisk eller cytologisk vævsprøve – ikke ved den kliniske mistanke eller operationsdatoen.

03 Carcinoma in situ (forstadier til kræft) er generelt undtaget fra dækning, også selvom den pågældende kræfttype (fx malignt melanom) i invasiv form er dækket.

04 Modermærkekræft (malignt melanom) dækkes typisk kun fra stadie 1B og opefter; stadie 1A falder uden for de fleste policers dækningsområde.

05 Blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt) kræver typisk troponinstigning PLUS mindst to yderligere kriterier (vedvarende brystsmerter, EKG-forandringer, billeddiagnostik, koronartromber); opfyldes kun ét tillægskriterium, afvises dækning.

06 Blodprop i hjernen (apopleksi) kræver objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed, påvist ved CT/MR-scanning; forbigående symptomer (TIA/TCI) og kognitive gener alene dækkes ikke.

07 Karensbestemmelser fortolkes objektivt: det afgørende er, hvornår symptomerne faktisk viste sig – ikke om forsikringstageren eller den behandlende læge vidste, at symptomerne var udtryk for den senere diagnosticerede sygdom.

08 Diagnosen skal stilles inden for forsikringstiden; diagnoser stillet efter forsikringens ophør – fx ved jobskifte, alderspensionering eller opsigelse – er ikke dækket, selv om sygdommen utvivlsomt var til stede i dækningsperioden.

09 En 10-års (eller 7-års) karensperiode for ny kræftdiagnose efter tidligere kræft er et sædvanligt og ikke urimeligt vilkår; det kan ikke tilsidesættes efter aftalelovens § 36, selv ved to medicinsk uafhængige kræfttyper.

10 Selskabets rådgivningsfejl – fx mangelfuld information i salgsmails om undtagelser for tidligere sygdom – medfører kritik fra nævnet, men fører sjældent til erstatningspligt, når betingelserne er klart formuleret i policen.

11 Ved dissemineret sklerose (MS) kræves typisk mere end ét attak eller opfyldelse af McDonald-kriterierne; diagnosen anses for stillet, når disse kriterier er opfyldt, uanset om forsikringstageren er informeret herom.

12 En forværring af en eksisterende diagnose kan ikke sidestilles med en ny diagnosticering i forsikringstiden; alle grundlidelser skal være nyopstået efter forsikringens ikrafttræden.

13 Dilateret kardiomyopati, pacemaker-indsættelse og hjertestop er typisk ikke selvstændigt dækkede diagnoser under kritisk sygdom-forsikring; kun de specifikt opregnede hjertesygdomme med præcise EF- og behandlingskrav dækkes.

14 Forældelsesfristen for krav under kritisk sygdom-forsikring kan suspenderes efter forældelseslovens § 3, stk. 2, hvis forsikringstageren beviseligt var i undskyldelig uvidenhed om diagnosen.

§ 1 Retsgrundlag og forsikringens karakteristika

Kritisk sygdom-forsikring er en personforsikring, der udløser en aftalt engangsudbetaling, hvis den forsikrede i forsikringsperioden får stillet en af de diagnoser, som policens betingelser udtrykkeligt opregner. Forsikringstypen er reguleret af forsikringsaftaleloven (FAL), navnlig:

- FAL § 18 om den sikredes fremkaldelse af forsikringsbegivenheden
- FAL §§ 21-22 om den sikredes oplysningspligter ved skadesanmeldelse
- FAL § 120, der fastslår, at selskabet ved sygdom eller ulykke i forsikringstiden også hæfter for skadelige følger, der først viser sig senere

- FAL § 29 om forældelse af forsikringskrav

Modsat ulykkesforsikring (se ulykkesforsikring-mengradsfastsaettelse) er udbetalingen ved kritisk sygdom uafhængig af varig méngrad eller erhvervsevnetab. Den udløses alene af, at en kontraktsligt defineret diagnose stilles i forsikringsperioden og opfylder de præcise medicinske krav, som betingelserne foreskriver.

Forsikringen tegnes oftest som led i en arbejdsmarkedspensionsordning (gruppelivsforsikring via fx Forenede Gruppeliv, PFA, Danica, PenSam, Velliv eller Sampension) eller som tilvalg til en privat ulykkes- eller sundhedsforsikring. Forsikringssummen varierer typisk mellem 100.000 kr. og 655.000 kr. Gruppelivsordningen for statsansatte og tjenestemænd er reguleret i Cirkulære om gruppelivsordning for tjenestemænd m.fl., hvor forsikringssummen ved kritisk sygdom udgør 150.000 kr.

Et grundprincip i nævnspraksis er, at **bevisbyrden for dækning påhviler forsikringstageren**: det er klageren, der skal bevise, at forsikringsbetingelsernes konkrete diagnosekrav er opfyldt. Denne bevisbyrderegel er formuleret konsekvent i Ankenævnets afgørelser.

LOV Forsikringsaftaleloven § 18 Forsikringsaftaleloven § 22 Forsikringsaftaleloven § 29 Forsikringsaftaleloven § 120

§ 2 Diagnosekrav ved kræft: Stadiekrav og in situ-undtagelsen

Kræft er den hyppigste årsag til krav om udbetaling ved kritisk sygdom, men betingelserne stiller præcise stadiekrav. Praksis viser tre centrale begrænsninger:

1. Histologisk verifikation som diagnosetidspunkt

En kræftdiagnose anses i forsikringsmæssig forstand først for stillet, når en speciallæge i patologisk anatomi har vurderet en histologisk eller cytologisk vævsprøve. Hverken den kliniske mistanke, operationsdatoen eller CT-scanningsfund er tilstrækkelige. I sag 96823 fik en forsikringstager bortopereret et modermærke den 26. januar 2021, men den mikroskopiske undersøgelse blev først foretaget den 3. februar 2021 – efter forsikringens ophør den 31. januar. Nævnet fastslog, at diagnosetidspunktet var den 3. februar, og afviste dækning.

Tilsvarende i sag 92734, hvor nyrekræft blev mistænkt ved CT-scanning i marts 2018, men histologisk først bekræftet den 11. april – 11 dage efter forsikringens ophør.

2. Carcinoma in situ (forstadier) undtaget

Forsikringsbetingelserne undtager generelt alle forstadier til kræft, herunder carcinoma in situ, svær dysplasi og tumorer med lavt malignt potentiale. Denne undtagelse gælder også for malignt melanom in situ, selvom modermærkekræft i invasiv form er dækket. I sag 79067 afviste PensionDanmark udbetaling for superficielt spredende malignt melanom in situ med den begrundelse, at in situ-tilfælde er specifikt undtaget i betingelsernes bilag 2. Nævnet gav selskabet medhold.

Samme resultat i sag 97435 (Forenede Gruppeliv, 2022) og sag 98597 (Danica Pension, 2022).

3. Stadiekrav for modermærkekræft: stadie 1B-4

Hvor modermærkekræft er dækket, kræver betingelserne typisk minimum stadie 1B. I sag 104414 (2026) fik klageren fjernet et modermærke, hvor hospitalet angav stadiet som TX (tykkelse ikke målbar). En uafhængig

vurdering fra Videncenter for Helbred & Forsikring (HEFO) klassificerede imidlertid tilstanden som stadie 1A. Nævnet accepterede HEFOs vurdering og fastslog, at stadie 1A falder uden for dækningsområdet (1B-4). TX-betegnelsen ændrede ikke ved det faktiske lægelige billede af en mindre aggressiv svulst.

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning for kritisk sygdom ved modermærkekræft pga. manglende opfyldelse af stadiekrav (1B-4)	21.01.2026
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af dækning for kritisk sygdom (malignt melanom in situ)	16.11.2022
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på forsikringsdækning for modermærkekræft in situ (forstadie) som kritisk sygdom	02.03.2022
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af dækning for kritisk sygdom efter forsikringens ophør	10.11.2021
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på udbetaling ved kritisk sygdom som følge af diagnosetidspunkt efter forsikringsophør	17.12.2018
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for 'malignt melanom in situ' under forsikring for kritisk sygdom	04.05.2011

§ 3 Diagnosekrav ved hjertesygdomme: Biomarkører, EF-krav og behandlingsformer

Hjertesygdomme udgør en anden væsentlig diagnosegruppe, hvor betingelserne stiller stringente kumulative krav.

Blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt)

Forsikringsbetingelserne kræver typisk en klar og entydig diagnose baseret på en stigning og fald i kardielle biomarkører (troponin), kombineret med mindst to af fire tillægskriterier: vedvarende brystsmerter, EKG-forandringer, billeddiagnostisk evidens og identifikation af koronartrombe ved KAG.

I sag 97967 (Velliv, 2022) havde klageren troponinstigning, men brystsmerterne ophørte ved ankomst til sygehuset, EKG var normalt, ekkokardiografi var normal, og KAG viste ingen signifikante stenoser. Da kun ét tillægskriterium (biomarkører) var opfyldt, afviste nævnet dækning – uanset at et andet selskab havde udbetalt for samme hændelse efter sine egne betingelser.

I sag 100258 (Forenede Gruppeliv, 2024) blev der slet ikke taget blodprøver for troponin på grund af personalemangel. Selvom flere kardiologer efterfølgende bekræftede, at klageren havde haft en blodprop, fastslog nævnet, at forsikringsbetingelsernes specifikke krav om målbar troponinstigning var ufravigelige.

Bypassoperation og ballonudvidelse

Dækningen for koronarsklerose kræver typisk, at patienten enten er opereret eller optaget på officiel venteliste. I sag 97151 (Danica Pension, 2021) blev kranspulsåreforsnævring verificeret ved CT-scanning den 5. januar 2021, men forsikringen var ophørt den 1. januar. Nævnet fastslog, at dækning kræver optagelse på venteliste, hvilket først skete efter ophøret.

Kardiomyopati og pacemaker

Dilateret kardiomyopati og pacemaker-indsættelse er typisk ikke selvstændigt dækkede diagnoser. I sag 91794 (Alka, 2018) blev dækning afvist for kardiomyopati diagnosticeret i 2011, da diagnosen ikke stod på den udtømmende liste. En senere ballonudvidelse i 2018 blev dog anerkendt som en ny, selvstændig

dækningsberettiget begivenhed. I sag 97758 (2022) havde klageren arytmogen kardiomyopati med bevaret pumpefunktion (EF 60-70 %) – dette opfyldte ikke kravet om EF på højst 40 % for dilateret kardiomyopati.

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af dækning for kritisk sygdom (blodprop i hjertet) grundet manglende dokumentation for opfyldelse af forsikringsbetingelser 07.02.2024

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for bypassoperation efter tidligere blodprop i hjertet – Forsikrings-Aktieselskabet Alka 29.11.2023

Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afslag på udbetaling for kritisk sygdom (blodprop i hjertet) grundet manglende opfyldelse af forsikringsbetingelser 14.09.2022

Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af dækning for kritisk sygdom (kardiomyopati) grundet manglende opfyldelse af diagnosekriterier 18.05.2022

Ankenævnet for Forsikring · Tvist om dækning for kritisk sygdom: Betydningen af diagnosetidspunkt ved forsnævret kranspulsåre 24.11.2021

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning for forstørret hjerte og pacemaker under forsikring for kritisk sygdom 20.06.2018

§ 4 Diagnosekrav ved blodprop i hjernen (apopleksi): 24-timers varighed og blivende udfald

Betingelserne for dækning af apopleksi stiller typisk krav om:

- Akut beskadigelse af hjernen med objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed
- Påvist ved hjernescanning (CT/MR) med fund svarende til infarkt, trombose eller blødning
- Blivende følger (vurderet efter 3 måneder) svarende til den påviste hjernebeskadigelse
- Følger i form af kognitive gener eller træthed alene er **ikke** tilstrækkelige

I sag 101520 (Sampension, 2024) havde klageren små infarkter i lillehjernen bekræftet ved MR, men synsforstyrrelserne varede kun ca. 30 minutter (TIA). Nævnet afviste dækning, da 30 minutters varighed ikke opfylder 24-timers-kravet.

I sag 103761 (AP Pension, 2025) havde klageren et venstresidigt lillehjerneinfarkt, men klagede over **højresidige** styringsbesvær. Nævnet afviste dækning, da symptomerne var anatomisk inkongruente med den påviste skade.

I sag 95719 (2021) fastslog nævnet eksplicit, at tinnitus er en subjektiv lydoplevelse og ikke kan klassificeres som et objektivt neurologisk udfaldssymptom.

I sag 95807 (PenSam, 2021) blev apopleksimistanken frafaldet efter normal CT/MR-scanning, selvom klageren initialt havde klassiske symptomer (højresidig lammelse, ansigtslammelse, taleforstyrrelser). Nævnet understrejer, at en klinisk mistanke ikke er tilstrækkelig – selve beskadigelsen skal være påvist ved scanning.

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning for kritisk sygdom (apopleksi) grundet manglende sammenhæng mellem symptomer og hjernebeskadigelse 19.11.2025

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af erstatning for kritisk sygdom ved blodprop i hjernen uden varige neurologiske udfald 09.10.2024

Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afslag på udbetaling for kritisk sygdom (apopleksi) grundet manglende opfyldelse af diagnosekrav 11.08.2021

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning for kritisk sygdom (apopleksi) grundet manglende påvisning af hjerneblødning eller blodprop 17.02.2021

Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse vedrørende afslag på udbetaling for kritisk sygdom (blodprop i hjernen) pga. manglende påvisning af varige neurologiske udfaldssymptomer 25.01.2021

§ 5 Diagnosekrav ved dissemineret sklerose (MS): McDonald-kriterier og symptomdebut

For dissemineret sklerose (MS) kræver forsikringsbetingelserne typisk mere end ét veldefineret attak eller et fremadskridende forløb. Diagnosen skal understøttes af MR-fund (multiple affektioner af den hvide substans) og/eller oligoklonale bånd i rygmarvsvæsken. Hvis der kun har været ét attak, kræves opfyldelse af McDonald-kriterierne.

I sag 93282 (PenSam, 2019) havde klageren fået stillet diagnosen dissemineret sklerose i 2007, men forsikringen hos PenSam trådte først i kraft i 2014. Et nyt attak i 2017 ændrede ikke ved, at grunddiagnosen var stillet syv år før ikrafttræden. Nævnet fandt, at:

> *"PenSam udbetaler ikke forsikring ved visse kritiske sygdomme, hvis ... kunden har fået stillet samme eller tilsvarende diagnose, inden forsikringen trådte i kraft."*

I sag 93587 (PFA Pension, 2019) fik klageren delvist medhold: nævnet fastslog, at forældelsesfristen var suspenderet efter forældelseslovens § 3, stk. 2, fordi klageren var i undskyldelig uvidenhed om diagnoseændringen fra CIS (forstadie) til MS. Krav under den ældre police var derfor ikke forældet – men krav under en nyere police faldt uden for dækningsperioden.

I sag 101223 (2024) afviste nævnet dækning for MS diagnosticeret i september 2022, fordi MR-scanninger fra 2014 og 2015 allerede opfyldte to af McDonald-kriterierne, og klageren havde haft progressive kognitive vanskeligheder siden 2018 – alt sammen før forsikringens tegning i december 2021.

LOV Forældelsesloven § 3, stk. 2

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Afslag på dækning for Multipel Sklerose (MS): Tvist om symptomdebut før karensperiodens udløb 05.11.2025

Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af dækning for dissemineret sklerose grundet symptomdebut før forsikringstegning 26.06.2024

Ankenævnet for Forsikring · Kritisk sygdom: Forældelse af krav ved dissemineret sklerose og betydningen af diagnosetidspunkt 04.09.2019

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på udbetaling for kritisk sygdom (sklerose) grundet diagnose før forsikringens ikrafttræden 15.05.2019

§ 6 Karensperiodens rækkevidde: Objektiv symptomvurdering

Forsikringsbetingelserne indeholder typisk en karensperiode på 2-4 måneder efter tegning, inden for hvilken diagnoser ikke dækkes. Et centralt tvistspørgsmål er, om symptomdebut faldt før eller efter karensperiodens udløb. Nævnets faste praksis er, at karensbestemmelsen er **objektivt formuleret**: det afgørende er, hvornår symptomerne faktisk viste sig – ikke om den forsikrede eller den behandlende læge vidste, at symptomerne var udtryk for den senere diagnosticerede sygdom.

I sag 104401 (Alm. Brand, 2026) tegnede klageren forsikring med ikrafttræden 1. maj 2025. Allerede i marts 2025 opsøgte han speciallæge med globulusfornemmelse og murrende ubehag i mandlerne. Kræftdiagnosen (planocellulært karcinom) blev stillet histologisk den 15. august 2025 – efter karensperiodens udløb den 11. august. Alligevel afviste nævnet dækning:

> *"Nævnet bemærker, at det efter forsikringsbetingelsernes ordlyd ikke er afgørende, om klageren har haft viden om, hvilken sygdom hun har haft, så længe hun har været vidende om symptomerne."*

Klagerens behandlende speciallæge erklærede, at symptomerne i marts ikke gav mistanke om kræft – men nævnet fastslog, at den behandlende læges subjektive mistanke var irrelevant. Det afgørende var, at symptomerne *objektivt set* viste sig at tilhøre den sygdom, der blev diagnosticeret.

I sag 92917 (If Skadeforsikring, 2020) var indikation for bypassoperation fundet den 20. juli 2015 – før forsikringens ikrafttræden den 1. august. Operationen skete den 30. september, inden karenstidens udløb den 1. november. Nævnet afviste dækning.

I sag 96225 (Velliv, 2021) blev forhøjelse af dækningen behandlet som nytegning med egen karensperiode på 1 måned. Klageren, der forhøjede fra 100.000 til 655.000 kr. den 1. april 2020 og fik kræft diagnosticeret den 28. april, fik kun udbetalt basisdækningen.

I sag 103779 (Tryg, 2025) havde klageren selv oplyst til neurologen, at hun i 2 år havde haft vandladningsproblemer (urge) – et anerkendt MS-debutsymptom. Nævnet accepterede klagerens eget udsagn som sandfærdigt og afviste dækning, trods hendes argument om, at oplysningen var givet i "choktilstand".

PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Halskræft diagnosticeret efter karensperiode – symptomer fra marts 2025 udelukker kritisk sygdomsdækning (AK 104401)	18.03.2026
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning for Multipel Sklerose (MS): Tvist om symptomdebut før karensperiodens udløb	05.11.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Tvist om karensperiode for børneforsikring ved diagnosticering af hjernetumor	30.10.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Velliv: Afvisning af forhøjet dækning ved kritisk sygdom pga. karensperiode	30.06.2021
	Ankenævnet for Forsikring · Sag om afvisning af dækning for kritisk sygdom grundet diagnose inden for karensperiode	18.03.2020

§ 7 Forudbestående sygdom og kræftkarensperioden (7- og 10-års-reglen)

Et grundvilkår i kritisk sygdom-forsikring er, at diagnoser stillet **før** forsikringens ikrafttræden ikke dækkes. For kræft opererer de fleste selskaber med en særlig karensperiode (typisk 7 eller 10 år), der giver en begrænset mulighed for dækning ved ny kræftdiagnose, hvis der er forløbet mindst 7-10 år uden kræftdiagnose, symptomer eller behandling.

I sag 102032 (Forenede Gruppeliv, 2025) havde klageren brystkræft i 2015 og modermærkekræft i 2024 – under 10 år mellem diagnoserne. Nævnet afviste dækning og fastslog, at 10-års karensen er et **sædvanligt** og ikke urimeligt aftalevilkår:

> *"Nævnet finder, at vilkåret om de 10 års karens for nye kræftdiagnoser i forsikringsbetingelsernes § 7 A ikke udgør et urimeligt aftalevilkår. Nævnet finder derfor, at der ikke er grundlag for at anvende aftalelovens § 36."*

Nævnet lagde vægt på, at der var tale om en obligatorisk gruppelivsforsikring, og at det er overenskomstparterne, der bestemmer indholdet. Det er uden betydning, om der er tale om to medicinsk uafhængige kræftdiagnoser. Selskabet oplyste, at karensen fra 1. januar 2025 blev nedsat til 5 år, men dette gjaldt ikke for diagnoser stillet før denne dato.

I sag 100504 (Danica Pension/FG, 2024) spurgte klageren eksplicit ved tegning, om hun var dækket ved tilbagefald af kræft (brystkræft 4 år tidligere). Selskabets medarbejder svarede generelt, at der ikke ville være "klausuler". Nævnet bemærkede, at svaret reelt ikke besvarede spørgsmålet, men fandt ikke grundlag for erstatningspligt.

I sag 101776 (Alm. Brand, 2024) kritiserede nævnet selskabets salgsemail for kun at nævne 3 måneders karenstid – ikke undtagelsen for tidligere kræft – men fastslog alligevel, at dette ikke udgjorde en erstatningspådragende rådgivningsfejl.

I sag 97616 (2022) blev alle klagerens diagnoser (blodprop 1994, bypass 2004, ICD 2008, ballonudvidelse 2015) afvist, fordi de var stillet før fagforeningens selskabsskifte i 2020. En forværring i 2021 kunne ikke sidestilles med en ny diagnose.

LOV	Aftaleloven § 36	
PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Karensperiode ved Kritisk Sygdom: Tvist om 10-årig Kræftkarens og Aftalelovens § 36	19.03.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for kritisk sygdom (kræft) grundet tidligere diagnose	05.02.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på udbetaling for kritisk sygdom ved tilbagevendende kræft trods påstand om mangelfuld rådgivning ved salg	09.10.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på udbetaling for kritisk sygdom ved tilbagefald af brystkræft trods spørgsmål om dækning ved tegning	07.02.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på udbetaling for kritisk sygdom grundet præeksisterende hjertelidelser ved selskabsskifte	29.06.2022

§ 8 Diagnosetidspunkt ved forsikringsophør: Jobskifte, alderspensionering og selskabsskifte

Et hyppigt tvistpunkt opstår, når den forsikrede fratræder sin stilling – og dermed mister gruppelivsdækningen – kort før eller under en sygdomsudredning. Forsikringsdækningen for kritisk sygdom ophører typisk ved udgangen af fratrædelsesmåneden eller 1-3 måneder derefter.

I sag 76045 (Kommunernes Pensionsforsikring, 2009) ophørte dækningen den 31. december 2008. Klageren var opereret og fik udtaget væv den 22. december, men histologisvaret forelå først den 8. januar 2009. Nævnet fastslog, at diagnosetidspunktet var den 8. januar:

> *"Uanset at klageren fik fjernet væv til videre undersøgelse i forsikringstiden, kan nævnet ikke pålægge selskabet at betale erstatning, da det ifølge forsikringsbetingelserne er diagnosetidspunktet, der er afgørende for dækningen."*

Klagerens argument om, at forsinkelsen skyldtes ferie og personalemangel, kunne ikke føre til et andet resultat.

I sag 97729 (AP Pension, 2022) var klageren under udredning for kræft i øjet og fratrådte sin stilling, hvorefter dækningen ophørte den 31. oktober 2020. Den kliniske diagnose var stillet den 29. september, men den histologiske bekræftelse forelå først den 19. november. Nævnet lagde afgørende vægt på, at betingelserne kræver histologisk verifikation.

Nævnet fandt heller ikke grundlag for rådgivningsansvar, idet klagerens medarbejder korrekt rådgav om sundhedsforsikringens videreførelse, og fratrædelsesbrevet tydeligt oplyste om, at kritisk sygdom-dækningen ville bortfalde.

I sag 102457 (TJM Forsikring, 2025) var dækningen for kritisk sygdom under børneulykkesforsikringen begrænset til diagnoser stillet inden det fyldte 25. år. Klageren, der var i 50'erne, havde derfor aldrig kunnet tegne dækningen.

PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning for kritisk sygdom grundet forsikringstagers alder og policevilkår	14.05.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning for kritisk sygdom efter jobskifte - tvist om diagnosetidspunkt og rådgivningsansvar	29.06.2022
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på udbetaling ved kritisk sygdom som følge af diagnosetidspunkt efter forsikringsophør	17.12.2018
	Ankenævnet for Forsikring · Tidspunkt for kræftdiagnose afgørende for dækning ved kritisk sygdom	04.11.2009

§ 9 Rådgivningsansvar, berettiget forventning og uklarhedsreglen

Klagere gør hyppigt gældende, at selskabets rådgivning ved tegning var mangelfuld eller vildledende, eller at forsikringsbetingelserne bør fortolkes til forbrugerens fordel efter aftalelovens § 38 b (uklarhedsreglen). Nævnets praksis viser imidlertid, at:

- **Policen og betingelserne** udgør det juridiske grundlag for aftalen, ikke salgsemails eller mundtlige tilsagn
- Undtagelser for tidligere sygdom er **sædvanlige vilkår** i kritisk sygdom-forsikring
- Klageren bærer bevisbyrden for, at selskabet har givet vildledende oplysninger af en karakter, der er egnet til at skabe berettiget forventning

I sag 101776 udtalte nævnet:

> *"Nævnet bemærker, at det havde været ønskeligt – når selskabet vælger at sende mailen af 15/3 2023 – at selskabet tillige medtager en oplysning om, at visse sygdomme ikke dækkes, hvis kunden tidligere har haft den pågældende sygdom. Trods dette finder nævnet efter en samlet vurdering, at der ikke er grundlag for at statuere, at selskabet har ydet en sådan fejlagtig/mangelfuld information ved salget af forsikringen, at selskabet ifalder erstatningsansvar herfor."*

I sag 92917 påberåbte klageren sig FAL § 34 e (oplysning om ydelsens karakter) og aftalelovens § 38 b. Nævnet fandt karensbestemmelsen tilstrækkeligt klart formuleret og afviste begge anbringender.

I sag 98580 nævnte selskabets medarbejder "sygdom/kritisk sygdom" i en email, men policen indeholdt ikke dækning for kritisk sygdom. Nævnet fandt ikke, at emailens formulering skabte en berettiget forventning, men bemærkede, at selskabet med fordel kunne have præciseret.

For fortolkningsspørgsmål der falder uden for selve diagnosedefinitionen, kan forsikringspolice-uklarhed konsulteres.

LOV Aftaleloven § 38b | Forsikringsaftaleloven § 34e

PRAKSIS
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afslag på udbetaling for kritisk sygdom ved tilbagevendende kræft trods påstand om mangelfuld rådgivning ved salg 09.10.2024
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afslag på udbetaling for kritisk sygdom ved tilbagefald af brystkræft trods spørgsmål om dækning ved tegning 07.02.2024
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afgørelse vedrørende afvisning af dækning for kritisk sygdom 16.11.2022
- **Ankenævnet for Forsikring** · Sag om afvisning af dækning for kritisk sygdom grundet diagnose inden for karensperiode 18.03.2020

§ 10 Sammenfatning og praktiske konsekvenser

Praksis fra Ankenævnet for Forsikring tegner et klart billede af retsstillingen ved kritisk sygdom-forsikring:

- **Diagnosekravene er bindende og ufravigelige**: Forsikringstageren skal opfylde de præcise, kontraktsligt definerede medicinske kriterier for hver enkelt diagnose. At have en alvorlig sygdom er ikke i sig selv tilstrækkeligt.
- **Diagnosetidspunktet er afgørende – ikke sygdommens tilstedeværelse**: For kræft er det den histologiske verifikation, der tæller. For apopleksi er det objektive neurologiske udfald af over 24 timer påvist ved scanning. Forsinkelser i sundhedsvæsenet (ferie, ventetid) ændrer ikke ved dette.
- **Karensperioden fortolkes objektivt**: Den sikredes uvidenhed om symptomernes årsag suspenderer ikke karensen. Symptomer, der retrospektivt viser sig at skylde den diagnosticerede sygdom, placerer symptomdebut i karensperioden – uanset den kliniske vurdering på tidspunktet.
- **Kræftkarensen (7-10 år) er sædvanlig og ikke urimelig**: Nævnet har konsekvent afvist at tilsidesætte karensvilkår efter aftalelovens § 36, også når to medicinsk uafhængige kræfttyper er involveret.
- **Rådgivningsfejl medfører sjældent erstatning**: Selvom nævnet jævnligt kritiserer selskabernes informationsniveau, er det policen og betingelserne – ikke salgsemails – der udgør aftalegrundlaget.
- **Forældelse kan suspenderes ved uvidenhed**: Når forsikringstageren bevisligt var i undskyldelig uvidenhed om diagnoseændringen (fx fra forstadie til sikker MS), regnes forældelsesfristen først fra tidspunktet for kendskab.

For emner der grænser op til kritisk sygdom-forsikring, se de tilstødende praksisoversigter: eksisterende-lidelser-sygdomsforsikring (ren oplysningspligt uden diagnosesag), ulykkesforsikring-mengradsfastsaettelse (méngradsbaseret udbetaling), forsikringspolice-uklarhed (generel uklarhedsregel), og livsforsikring-pension (løbende pensionsudbetaling).

LOV Aftaleloven § 36 | Forsikringsaftaleloven § 120

PRAKSIS
- **Ankenævnet for Forsikring** · Halskræft diagnosticeret efter karensperiode – symptomer fra marts 2025 udelukker kritisk sygdomsdækning (AK 104401) 18.03.2026
- **Ankenævnet for Forsikring** · Karensperiode ved Kritisk Sygdom: Tvist om 10-årig Kræftkarens og Aftalelovens § 36 19.03.2025
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afgørelse om afvisning af dækning for kritisk sygdom efter forsikringens ophør 10.11.2021

Ankenævnet for Forsikring · Kritisk sygdom: Forældelse af krav ved dissemineret sklerose og betydningen af diagnosetidspunkt 04.09.2019

Ankenævnet for Forsikring · Tidspunkt for kræftdiagnose afgørende for dækning ved kritisk sygdom 04.11.2009

REFERENCE Lovgrundlag

6 paragraffer

- Aftaleloven § 36
- Aftaleloven § 38b
- Forsikringsaftaleloven § 18
- Forsikringsaftaleloven § 22
- Forsikringsaftaleloven § 29
- Forsikringsaftaleloven § 120

MATERIALE Citerede afgørelser

34 afgørelser

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS		34
18.03.2026	Halskræft diagnosticeret efter karensperiode – symptomer fra marts 2025 udelukker kritisk sygdomsdækning (AK 104401)	104401
21.01.2026	Afslag på dækning for kritisk sygdom ved modermærkekræft pga. manglende opfyldelse af stadiekrav (1B-4)	104414
19.11.2025	Afslag på dækning for kritisk sygdom (apopleksi) grundet manglende sammenhæng mellem symptomer og hjernebeskadigelse	103761
05.11.2025	Afslag på dækning for Multipel Sklerose (MS): Tvist om symptomdebut før karensperiodens udløb	103779
14.05.2025	Afvisning af dækning for kritisk sygdom grundet forsikringstagers alder og policevilkår	102457
19.03.2025	Karensperiode ved Kritisk Sygdom: Tvist om 10-årig Kræftkarens og Aftalelovens § 36	102032
05.02.2025	Afvisning af dækning for kritisk sygdom (kræft) grundet tidligere diagnose	102536
30.10.2024	Tvist om karensperiode for børneforsikring ved diagnosticering af hjernetumor	101568
09.10.2024	Afvisning af erstatning for kritisk sygdom ved blodprop i hjernen uden varige neurologiske udfald	101520
09.10.2024	Afslag på udbetaling for kritisk sygdom ved tilbagevendende kræft trods påstand om mangelfuld rådgivning ved salg	101776
26.06.2024	Afgørelse om afvisning af dækning for dissemineret sklerose grundet symptomdebut før forsikringstegning	101223
07.02.2024	Afgørelse om afvisning af dækning for kritisk sygdom (blodprop i hjertet) grundet manglende dokumentation for opfyldelse af forsikringsbetingelser	100258
07.02.2024	Afslag på udbetaling for kritisk sygdom ved tilbagefald af brystkræft trods spørgsmål om dækning ved tegning	100504

29.11.2023	Afvisning af dækning for bypassoperation efter tidligere blodprop i hjertet – Forsikrings-Aktieselskabet Alka	100261
16.11.2022	Afgørelse vedrørende afvisning af dækning for kritisk sygdom	98580
16.11.2022	Afgørelse om afvisning af dækning for kritisk sygdom (malignt melanom in situ)	98597
14.09.2022	Afgørelse om afslag på udbetaling for kritisk sygdom (blodprop i hjertet) grundet manglende opfyldelse af forsikringsbetingelser	97967
29.06.2022	Afslag på udbetaling for kritisk sygdom grundet præeksisterende hjertelidelser ved selskabsskifte	97616
29.06.2022	Afslag på dækning for kritisk sygdom efter jobskifte - tvist om diagnosetidspunkt og rådgivningsansvar	97729
18.05.2022	Afgørelse om afvisning af dækning for kritisk sygdom (kardiomyopati) grundet manglende opfyldelse af diagnosekriterier	97758
02.03.2022	Afslag på forsikringsdækning for modermærkekræft in situ (forstadie) som kritisk sygdom	97435
24.11.2021	Tvist om dækning for kritisk sygdom: Betydningen af diagnosetidspunkt ved forsnævret kranspulsåre	97151
10.11.2021	Afgørelse om afvisning af dækning for kritisk sygdom efter forsikringens ophør	96823
11.08.2021	Afgørelse om afslag på udbetaling for kritisk sygdom (apopleksi) grundet manglende opfyldelse af diagnosekrav	96710
30.06.2021	Velliv: Afvisning af forhøjet dækning ved kritisk sygdom pga. karensperiode	96225
17.02.2021	Afslag på dækning for kritisk sygdom (apopleksi) grundet manglende påvisning af hjerneblødning eller blodprop	95807
25.01.2021	Afgørelse vedrørende afslag på udbetaling for kritisk sygdom (blodprop i hjernen) pga. manglende påvisning af varige neurologiske udfaldssymptomer	95719
18.03.2020	Sag om afvisning af dækning for kritisk sygdom grundet diagnose inden for karensperiode	92917
04.09.2019	Kritisk sygdom: Forældelse af krav ved dissemineret sklerose og betydningen af diagnosetidspunkt	93587
15.05.2019	Afslag på udbetaling for kritisk sygdom (sklerose) grundet diagnose før forsikringens ikrafttræden	93282
17.12.2018	Afslag på udbetaling ved kritisk sygdom som følge af diagnosetidspunkt efter forsikringsophør	92734
20.06.2018	Afslag på dækning for forstørret hjerte og pacemaker under forsikring for kritisk sygdom	91794
04.05.2011	Afvisning af dækning for 'malignt melanom in situ' under forsikring for kritisk sygdom	79067
04.11.2009	Tidspunkt for kræftdiagnose afgørende for dækning ved kritisk sygdom	76045

21 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over liv- og pensionsforsikring

Begunstigelse, »nærmeste pårørende« og pensionsdeling efter FAL §§ 102-105 b

Version 2 Opdateret 16. jul. 2026 39 afgørelser · 2009–2025 Læs online

INTRODUKTION

Liv- og pensionsforsikringens dødsfaldssummer går uden om dødsboet og direkte til den begunstigede – og netop derfor afgøres tvisterne ikke af arveloven alene, men af forsikringsaftalelovens §§ 102-105 b. Praksis samler sig om fire kerneområder: hvem der er »nærmeste pårørende« efter § 105 a (navnlig samleverens fortrin frem for børnene), formkravene til indsættelse og tilbagekaldelse efter § 103, den skønsprægede tilsidesættelse af urimelige begunstigelser efter § 104, og selskabets oplysnings- og rådgivningsansvar. Hertil kommer pensionsdelingen ved separation og skilsmisse, hvor ægtefællelovens §§ 34-35 og 44-46 fastlægger, hvad der udtages forlods, og hvornår der kompenseres. Domstolene har siden 2020 afsagt tre principielle højesteretsdomme om § 105 a, mens den brede masse af praksis dannes af Ankenævnet for Forsikring.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Har forsikringstageren ikke indsat en begunstiget, tilfalder dødsfaldssummen »nærmeste pårørende« i rækkefølgen ægtefælle → kvalificeret samlever → børn → arvinger, jf. FAL § 105 a, stk. 1, jf. § 105 b, stk. 1.

02 Samleverens fortrin frem for børnene forudsætter fælles bopæl plus enten fælles barn eller to års ægteskabslignende samliv umiddelbart før dødsfaldet.

03 Højesteret afgjorde i BS-50349/2023-HJR, at forsikringssummen tilfaldt afdødes børn, fordi samlivet var endeligt ophørt – fælles folkeregisteradresse er ikke i sig selv afgørende.

04 Byret og landsret nåede modsatte resultater på samme faktum om samlivsophør, hvilket i sig selv begrundede 3.-instansbevilling.

05 Indsættelse og tilbagekaldelse af en begunstiget er kun gyldig ved skriftlig meddelelse til selskabet eller optagelse i/påtegning på policen, jf. FAL § 103, stk. 1.

06 En telefonisk anmodning om ændring med efterfølgende orienteringsbrev til e-Boks opfylder ikke formkravet – begunstigelsen er da ugyldig, og summen går til nærmeste pårørende.

07 En ændring af, hvem der er »nærmeste pårørende«, kan ikke gennemføres ved passiv accept.

08 En uigenkaldelig begunstigelse kan kun tilbagekaldes med den begunstigedes samtykke, jf. FAL § 102, stk. 2 – også årtier senere og efter skilsmisse.

09 En begunstigelse indsat med betegnelsen »samlever« kan bortfalde efter reglerne om bristede forudsætninger, når samlivet ophører.

10 Bristede forudsætninger er et selvstændigt spor, der ikke er omfattet af 1-årssøgsmålsfristen i FAL § 104, stk. 4.

11 Tilsidesættelse af en urimelig begunstigelse efter FAL § 104 er en skønsregel – ikke en mekanisk tvangsarveberegning som før 2007.

12 Efter forarbejderne bør regulering efter § 104 som altovervejende hovedregel ikke ske, medmindre den, der begærer den, har et økonomisk behov.

13 FAL § 104 kan ikke påberåbes af forsikringstagerens samlever – kun af ægtefælle og livsarvinger.

14 En forsikring med et betydeligt opsparingselement er lettere at få reguleret efter § 104 end en ren risikoforsikring.

15 Selskabet kan udbetale med frigørende virkning til den, der efter selskabets undersøgelser er begunstiget, medmindre ægtefælle eller livsarving forinden har gjort indsigelse, jf. FAL § 104, stk. 3.

16 Ved urigtige helbredsoplysninger ved tegning er selskabet fri for ansvar, hvis det ved fremlæggelse af tegningsregler og risikovurdering godtgør, at forsikringen ikke ville være tegnet, jf. FAL § 6, stk. 1.

17 Objektivt urigtige oplysninger tilregnes typisk forsikringstageren som mindst uagtsomme, når de vedrører nylige lægebesøg eller løbende medicinsk behandling.

18 Ved overførsel af en pensionsordning til et nyt selskab bortfalder tidligere aftalte særlige begunstigelser; det modtagende selskabs standardregel gælder, medmindre kunden aktivt vælger andet.

19 Rimelige pensionsrettigheder udtages forlods af formuedelingen, jf. ægtefællelovens § 34, stk. 1 – en obligatorisk firmapension uden tilbagekøbsret er en rimelig pensionsrettighed.

20 Fællesskabskompensation efter ægtefællelovens § 44 forudsætter efter forarbejderne en manglende opsparing i størrelsesordenen op mod to års pensionsindbetalinger for en fuldtidsforsikret.

21 Rimelighedskompensation efter ægtefællelovens § 45 kræver længerevarende ægteskab og stor værdiforskel – men stor forskel er ikke i sig selv nok; der foretages en helhedsvurdering af bodelingen som helhed.

22 Erhvervsevnetabsforsikringer følger et skadevirkningsprincip: vilkårene ved karensperiodens start er afgørende, ikke vilkårene ved udbetalingens begyndelse.

§ 1 Lovgrundlaget: forsikringssummen går uden om boet

Livsforsikringens dødsfaldssum er retligt set ikke arv. Efter forsikringsaftalelovens § 102, stk. 1 kan forsikringstageren ved tegningen eller senere indsætte en anden som begunstiget, og

> *Ved forsikringstagerens død udbetales forsikringssummen umiddelbart til den begunstigede.*

Summen passerer altså uden om dødsboet og uden om boets kreditorer, jf. også kreditorbeskyttelsen i § 116, stk. 1. Netop derfor er begunstigelsesreglerne et selvstændigt regelsæt ved siden af arveloven – og netop derfor er de en hyppig kilde til tvist mellem den begunstigede og de efterladte.

Regelsættet består af fem byggesten:

Bestemmelse	Indhold
§ 102	Adgangen til at indsætte og tilbagekalde en begunstiget; underretning af skifteretten
§ 103	Formkrav (skriftlighed/policepåtegning), særeje og båndlæggelse
§ 104	Tilsidesættelse af urimelig begunstigelse ved dom
§ 105 a	Definitionen af »nærmeste pårørende«
§ 105 b	Hvad der sker, når ingen begunstiget er indsat

Har forsikringstageren intet foretaget sig, gælder § 105 b, stk. 1: summen tilfalder nærmeste pårørende, og kun hvis der slet ingen nærmeste pårørende er, tilfalder den dødsboet. Omvendt kan forsikringstageren efter § 105 b, stk. 2 aktivt bestemme, at der *ikke* skal være indsat en begunstiget – hvorved summen bevidst dirigeres ind i boet.

Aktualitetsforbehold. To vedtagne ændringer er endnu ikke konsolideret ind i den læste lovtekst. Til § 103 er der ved ændringslov af 30. maj 2017 indsat et nyt 2. pkt. om, at visse regler i lov om ægtefællers økonomiske forhold også gælder for særejebestemmelser. Til § 116 er der ved ændringslov af 20. juni 2025 indsat et nyt stk. 3 om adgang til udlæg og arrest for krav på konfiskation samt erstatningskrav som følge af en strafbar handling – en mærkbar indskrænkning af den ellers meget vidtgående kreditorbeskyttelse. §§ 102, 104, 105 a og 105 b er derimod ajourførte.

LOV `Forsikringsaftaleloven § 102, stk. 1` `Forsikringsaftaleloven § 103` `Forsikringsaftaleloven § 104` `Forsikringsaftaleloven § 105a` `Forsikringsaftaleloven § 105b, stk. 1, 2` `Forsikringsaftaleloven § 116, stk. 1`

§ 2 2007-reformen: fra mekanisk tvangsarveregel til skønspræget rimelighedsprøvelse

Hele det nuværende begunstigelsesregelsæt stammer fra LOV nr 516 af 06/06/2007 om ændring af forsikringsaftaleloven og forskellige andre love (Begunstigelser i forsikringsordninger og ændringer som følge af arveloven m.v.), der blev vedtaget sammen med den nye arvelov. Reformen nyaffattede §§ 102-104 og indsatte §§ 105 a og 105 b.

Den oprindelige § 104 fra 1929 hvilede på en rent regnemæssig kobling til arveretten. Af de ældste forarbejder til Forslag til Lov om Forsikringsaftaler fremgår hensigten:

> *Som et nyt 2det Stykke har man i Overensstemmelse med den svenske og norske Lovtekst anset det for rettest at indsætte en Bestemmelse, hvorefter en Forsikringstager ikke ved at tegne en Livsforsikring kan disponere over en større Sum, end han efter den til enhver Tid gældende Lovgivning kan raade over ved Testamente.*

Denne mekanik blev opgivet i 2007. Af forarbejderne til den nye § 104 fremgår det udtrykkeligt:

> *I modsætning til den gældende forsikringsaftalelovs § 104 bygger lovforslaget ikke på en rent »mekanisk« sammenhæng med de familieretlige og arveretlige regler om boslod og tvangsarvelod.*

I stedet blev bestemmelsen gjort til en **skønsregel**, hvor tvangsarven alene sætter *loftet* over, hvad der kan reguleres – ikke gulvet. Samtidig blev § 102, stk. 3, tilføjet en pligt for selskabet til at underrette skifteretten. Formålet var ifølge forarbejderne:

> *Underretningsreglen har til formål at sikre, at ægtefællen og livsarvingerne bliver gjort bekendt med muligheden for at påberåbe sig den foreslåede reguleringsbestemmelse.*

Denne beskyttelsesmekanisme blev dog svækket igen i 2014. Ved ændringsloven af 25. juni 2014 om revision af reglerne om behandling af civile sager blev § 102, stk. 3, 2. pkt., ophævet, hvorved – som det hedder i bemærkningerne –

> *afskaffes skifterettens pligt til at underrette forsikringstagerens ægtefælle og livsarvinger om begunstigelsesindsættelsen, forsikringssummens størrelse og om, hvorvidt udbetaling er sket, samt skifterettens pligt til at vejlede om indholdet af forsikringsaftalelovens § 104.*

Tilbage står alene selskabets pligt til at underrette skifteretten. De efterladte skal altså i praksis selv opdage begunstigelsen – inden 1-årsfristen i § 104, stk. 4 udløber.

LOV Forsikringsaftaleloven § 102, stk. 3 Forsikringsaftaleloven § 104, stk. 4

§ 3 »Nærmeste pårørende« efter § 105 a – rækkefølgen og samleverens kvalifikationskrav

§ 105 a, stk. 1 opstiller en fast rangorden:

> *Medmindre andet fremgår af omstændighederne, anses som nærmeste pårørende forsikringstagerens ægtefælle, en samlever, der opfylder kravene i stk. 2, børn eller arvinger i nævnte rækkefølge.*

Samleverens indtræden på andenpladsen – foran børnene – er reformens mest indgribende nyskabelse og forklarer størstedelen af tvisterne. Kvalifikationskravene i § 105 a, stk. 2 er kumulative: samleveren skal leve sammen med forsikringstageren **på fælles bopæl** *og* enten vente/have/have haft et fælles barn (nr. 1) eller have levet i et ægteskabslignende forhold på den fælles bopæl i de sidste 2 år før dødsfaldet (nr. 2). Efter stk. 3 anses den fælles bopæl ikke for ophørt ved midlertidigt ophold i anden bolig eller ved ophold i institution.

Det er værd at bemærke, at rangordenen kun gælder »medmindre andet fremgår af omstændighederne«. Netop dette forbehold var omdrejningspunktet i **BS-39119/2019-HJR** (Højesterets dom af 30. april 2020), hvor

afdøde hverken efterlod sig ægtefælle, samlever eller børn, så »arvinger« i § 105 a's forstand var forældrene efter arvelovens § 2, stk. 1. Sagen angik fordelingen mellem forældrene, hvor den ene ikke havde haft kontakt med afdøde – altså om manglende kontakt kunne udgøre sådanne »omstændigheder«, at den lovbestemte fordeling skulle fraviges.

Også uden for domstolene fylder rangordenen. I **sag 92929** tog Ankenævnet for Forsikring stilling til udbetaling til nærmeste pårørende trods en tidligere begunstigelseserklæring, og i **sag 101270** var spørgsmålet, om et barn i udlandet – ikke registreret i CPR – skulle have haft summen som enearving.

For arbejdsmarkedspensionernes vedkommende suppleres § 105 a af overenskomstgrundlaget. Cirkulæret om ydelsessammensætning, tilbagekøb og overflytning i forbindelse med jobskifte § 4 bestemmer, at udbetaling af depotsikring kun kan ske til nærmeste pårørende, og cirkulærebemærkningerne præciserer:

> *Ved »nærmeste pårørende« forstås i forhold til udbetaling af depotsikring medlemmets ægtefælle, samlever, børn eller slægtsarvinger efter arvelovens kapitel 1 i nævnte rækkefølge, medmindre medlemmet skriftligt over for pensionsinstituttet har bestemt en anden rækkefølge. Medlemmet kan ikke indsætte andre end de ovenfor nævnte i rækkefølgen.*

LOV Arveloven § 2, stk. 1 · Forsikringsaftaleloven § 105a, stk. 1-3

PRAKSIS

Højesteret · Fortolkning af "nærmeste pårørende" i forsikringsaftaleloven: Fordeling mellem forældre ved manglende kontakt	30.04.2020
Ankenævnet for Forsikring · Klage over Alka Forsikrings udbetaling af gruppelivsforsikring til forkerte arvinger	28.08.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse vedrørende udbetaling af livsforsikring til nærmeste pårørende trods tidligere begunstigelseserklæring	20.03.2019

§ 4 Hvornår er samlivet »ophørt«? – Højesterets dom i BS-50349/2023-HJR

Det praktisk vanskeligste spørgsmål under § 105 a er, hvornår et samliv skal anses for reelt ophørt, når parterne fortsat er tilmeldt samme folkeregisteradresse. Spørgsmålet fik en principiel afklaring i den sagskæde, der endte i Højesteret i februar 2024.

Faktum. En mand begik selvmord, efter at hans samlever havde fået følelser for en anden mand. Et par dage inden dødsfaldet havde samleveren taget ophold hos sin særdatter, og manden havde skrevet sig op til en ny lejlighed. Han efterlod et Facebook-opslag, hvori han bl.a. frabad sig, at samleveren deltog i begravelsen. Livsforsikringen og pensionen skulle udbetales til nærmeste pårørende, jf. § 105 b, jf. § 105 a. Afdødes søn anlagde sag mod samleveren.

Byretten fandt, at samlivet reelt var ophørt, og at børnene derfor var nærmeste pårørende. Der blev lagt vægt på, at samleveren sov hos sin særdatter, at hun havde følelser for en anden mand, at afdøde havde fået tilbudt en ny lejlighed, og på Facebook-opslaget – dette uanset fælles folkeregisteradresse og fælles ejendele på bopælen.

Landsretten ændrede dommen i **BS-6894/2022-OLR** (dom af 14. marts 2023) og fandt samleveren berettiget. Der blev lagt vægt på samlivets meget lange varighed, den fælles folkeregisteradresse og på, at parternes fællesbarn og samleverens andet særbarn forblev i det fælles hjem. Landsretten fandt, at oplysningerne afspejlede alvorlige problemer i parforholdet, men ikke kunne tages til udtryk for, at samlivet var ophørt.

Procesbevillingsnævnet meddelte 3.-instansbevilling i **23/13640** netop fordi de to instanser nåede modsatte resultater på samme faktum – sagen rejste dermed det principielle spørgsmål om, hvornår et langvarigt samliv på fælles folkeregisteradresse skal anses for reelt ophørt.

Højesteret afgjorde spørgsmålet ved dom af 2. februar 2024 i **BS-50349/2023-HJR**: forsikringssummen tilfaldt afdødes børn som nærmeste pårørende efter endeligt samlivsophør. Dommen inddrog både § 105 a, stk. 1-3 og arvelovens § 67, stk. 3.

Retsstillingen efter dommen kan sammenfattes således:

Moment	Vægt
Fælles folkeregisteradresse	Ikke i sig selv afgørende
Samlivets hidtidige varighed	Ikke i sig selv afgørende
Om opholdet i anden bolig er *midlertidigt* eller udtryk for et *endeligt* brud	Afgørende, jf. § 105 a, stk. 3
Konkrete skridt mod separat bolig (opskrivning, tilbud om lejlighed)	Taler for endeligt ophør
Afdødes egne tilkendegivelser om forholdet	Kan indgå

Sondringen mellem »alvorlige problemer i parforholdet« og »endeligt samlivsophør« er dermed den centrale skillelinje – og bevisbyrden bæres reelt af den, der påberåber sig samleverstatus.

LOV Arveloven § 67, stk. 3 · Forsikringsaftaleloven § 105a, stk. 1-3 · Forsikringsaftaleloven § 105b

PRAKSIS
- **Højesteret** · Forsikringssum tilfaldt afdødes børn som nærmeste pårørende efter endeligt samlivsophør — 02.02.2024
- **Landsretten** · Afgørelse om nærmeste pårørende efter Forsikringsaftaleloven - Samlivets ophør vurderet — 14.03.2023
- **Procesbevillingsnævnet** · Procesbevillingsnævnet: 3.-instansbevilling om hvornår en samlever er "nærmeste pårørende" efter forsikringsaftalelovens § 105 a ved udbetaling af livsforsikring og pension — 15.09.2023

§ 5 Formkravene i § 103 – skriftlighed er en gyldighedsbetingelse, ikke en ordensforskrift

§ 103, stk. 1 er kortfattet, men skarp:

> *Indsættelse af en begunstiget og tilbagekaldelse af sådan indsættelse er kun gyldig, såfremt den skriftlig meddeles selskabet eller optages i eller påtegnes policen af selskabet.*

Ordet »kun« er ikke en formalitet. Det illustreres skarpest af Ankenævnet for Forsikrings kendelse i **sag 94038** (18. december 2019). Den forsikrede havde telefonisk anmodet Industriens Pension om at indsætte tre navngivne begunstigede; selskabet noterede begunstigelsen på policen ni dage senere og sendte en skriftlig bekræftelse til e-Boks. Selskabet gjorde gældende, at dets procedure med kontrolspørgsmål og efterfølgende skriftlig bekræftelse gik videre end lovens krav. Nævnet var uenig og lagde vægt på:

- at selskabet **ikke** havde bedt den forsikrede bekræfte ændringen skriftligt eller digitalt efter telefonsamtalen,
-

at selskabet havde fortrykte blanketter på sin hjemmeside og altså kunne have bedt om en underskrevet blanket, og

- at selskabets orienteringsbrev ikke kunne sidestilles med en påtegning på policen.

Nævnet fandt endvidere, at selskabets egen pensionsvejledning – som tillod telefoniske ændringer – ikke kunne tilsidesætte det udtrykkelige skriftlighedskrav i selskabets egne forsikringsbetingelser. Resultatet var, at indsættelsen af de tre begunstigede var **ugyldig**, og at de begunstigede i stedet var »nærmeste pårørende«. Det var uden betydning, at de navngivne begunstigede tillige fremgik af afdødes notartestamente.

Formkravet virker også den anden vej. I **BS-49362/2019-HJR** (Højesterets dom af 3. september 2020) fastslog Højesteret, at en ændring af, hvem der skulle anses for »nærmeste pårørende«, ikke gyldigt kunne gennemføres ved **passiv accept**. Dommen bygger på samspillet mellem § 102, stk. 1, § 103, stk. 1 og § 105 a, stk. 1 sammenholdt med arvelovens § 5. Et selskab kan altså ikke ensidigt flytte en kundes begunstigelsesrækkefølge og lade tavshed gælde som samtykke.

§ 103 rummer desuden to dispositionsmuligheder, der ofte overses. Efter stk. 2 kan forsikringstageren bestemme, at summen skal være den begunstigedes **særeje** – også ved testamente. Forarbejderne præciserer rækkevidden:

> *Bortset fra pligten til at registrere forsikringstagerens bestemmelse efter stk. 1 indebærer reglen ingen administrative forpligtelser for forsikringsselskabet, der således ikke skal påse særejebestemmelsens overholdelse.*

Efter stk. 3 kan summen **båndlægges** efter arvelovens § 61. Her er formkravet ufravigeligt på en særlig måde: fordi selskabet skal underrettes, kan båndlæggelse efter forarbejderne ikke ske ved testamente, medmindre testamentet indsendes til selskabet som led i en underretning efter § 103, stk. 1.

LOV Arveloven § 5 · Arveloven § 61 · Forsikringsaftaleloven § 102, stk. 1 · Forsikringsaftaleloven § 103, stk. 1-3 · Forsikringsaftaleloven § 105a, stk. 1

PRAKSIS **Højesteret** · Højesterets dom om ugyldighed af passiv accept ved ændring af 'nærmeste pårørende' i forsikringsaftaler 03.09.2020

Ankenævnet for Forsikring · Sag om gyldigheden af telefonisk ændring af begunstigelseserklæring 18.12.2019

§ 6 Uigenkaldelig begunstigelse – en beslutning der binder for altid

Hovedreglen i § 102, stk. 2 er, at forsikringstageren frit kan tilbagekalde en indsættelse. Undtagelsen – »medmindre forsikringstageren over for den begunstigede har givet afkald på dette« – er til gengæld absolut.

Konsekvenserne illustreres af Ankenævnet for Forsikrings kendelse i **sag 76271** (16. december 2009). Klageren indsendte i 1995 en begunstigelseserklæring, hvorpå hun **med håndskrift** havde påført overskriften »UIGENKALDELIG« til fordel for sin daværende samlever. PKA ringede samme dag og noterede i telefonnotatet:

> *Oplyst konsekvenserne ved uigenkaldelig begunstigelse. Dette var OK. Hun var orienteret herom.*

Efter skilsmisse og nyt ægteskab ønskede hun begunstigelsen slettet – men eksmanden nægtede samtykke. Nævnet kunne ikke kritisere pensionskassen: begunstigelsen var bindende, og pensionskassen hverken kunne eller måtte ændre den. Nævnet fandt heller ikke, at der var ydet mangelfuld rådgivning, og tilføjede en pointe

med bred rækkevidde – selv hvis rådgivningen havde været utilstrækkelig, ville det ikke have ændret på, at en tilbagekaldelse krævede den begunstigedes medvirken. **Kausaliteten mangler.**

Praktiske konsekvenser af kendelsen:

- Den uigenkaldelige begunstigelse følger med ved **overflytning mellem pensionskasser** (her: 1999 og igen 2003).
- Selskabets gentagne påmindelser (1999, 2003, 2008) skaber ingen ny tilbagekaldelsesadgang – de skærper blot klagerens egen passivitet.
- Klageren følte sig i praksis tvunget til at skifte overenskomst og pensionsordning for at undgå, at eksmanden modtog udbetalingen.

Uigenkaldelighed er dog ikke uden modvægt. Forarbejderne til § 104 fremhæver, at reguleringsadgangen **også omfatter uigenkaldelige begunstigelser**, og at bestemmelsen på dette punkt går videre end den tidligere § 104, stk. 2. Omvendt anfører forarbejderne, at uigenkaldelighed med rimelig grund kan tale *imod* regulering – fx hvor begunstigelsen er led i en bodelingsoverenskomst ved separation eller skilsmisse, eller hvor en kompagnon er indsat for at kunne videreføre en erhvervsvirksomhed.

LOV Forsikringsaftaleloven § 102, stk. 2 Forsikringsaftaleloven § 104

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Afgørelse vedrørende uigenkaldelig begunstigelse og krav om ændring 16.12.2009

§ 7 Bristede forudsætninger – et selvstændigt spor uden for § 104's 1-årsfrist

Når en begunstigelse er indsat med betegnelsen »samlever«, og samlivet senere ophører uden at erklæringen ændres, opstår spørgsmålet, om begunstigelsen består. Praksis anerkender her et **selvstændigt aftaleretligt spor** ved siden af § 104.

Det ledende eksempel er **BS-224/2017-HOL** (Retten i Holstebro, dom af 3. oktober 2017). Faderen og hans samlever købte i 2011 en ejendom og tegnede i den forbindelse en gruppelivsforsikring hos PFA, pantsat til Jyske Bank. Han indsatte samleveren som begunstiget med oplysning om, at hun var samlever. I 2014 flyttede hun fra den fælles bopæl. Parterne bevarede kontakt og ejede fortsat huset sammen, men havde ingen konkrete planer om at genoptage samlivet. I januar 2016 begik faderen selvmord.

Retten afviste først den begunstigedes **afvisningspåstand**, der byggede på 1-årsfristen i § 104, stk. 4-. Begrundelsen er central:

> *[Forsikringsaftaleloven § 104, stk. 4] relaterer sig til spørgsmålet om, hvorvidt en begunstigelse er urimelig efter [§ 104, stk. 1]. Sagen angik derimod, om begunstigelsen var bortfaldet som følge af bristede forudsætninger, hvilket ikke er omfattet af fristbestemmelsen.*

Derefter tog retten stilling til realiteten:

> *I begunstigelseserklæringen i livsforsikringen benævnes Part A som samlever, og det må derfor antages, at samlivet mellem parterne har været en forudsætning for hendes indsættelse som begunstiget.*

> *Retten finder ikke, at Part A har godtgjort, at parterne havde konkrete planer om en genoptagelse af samlivet, eller at der i øvrigt er holdepunkter for at antage, at Faderen havde ønske om, at hun skulle modtage en nettosum fra PFA.*

> *Som følge heraf finder retten, at den indsatte begunstigelseserklæring til fordel for Part A er bortfaldet efter reglerne om bristede forudsætninger.*

Summen tilfaldt herefter afdødes børn, og den begunstigede blev dømt til at tilbagebetale de 229.416,86 kr., hun havde modtaget efter boafgift.

Dette spor har stor praktisk betydning: hvor § 104 kræver sagsanlæg inden 1 år fra dødsfaldet, er bristede forudsætninger undergivet de almindelige regler. Samtidig er sporet ikke ubegrænset – det forudsætter, at samlivet kan påvises at have været *forudsætningen* for indsættelsen, hvilket betegnelsen »samlever« i erklæringen typisk dokumenterer.

Samme problemstilling er behandlet i **BS-1778/2017-VLR** (Vestre Landsret, dom af 31. august 2018) om begunstigelse i livsforsikring ved samlivsophævelse og fælles boliggæld, hvor landsretten frifandt den begunstigede under anvendelse af § 104, stk. 1 og 4. Ankenævnet for Forsikring har taget stilling til den parallelle situation i **sag 90712** om udbetaling af gruppelivsforsikring til en navngiven begunstiget efter samlivsophævelse.

En vigtig sondring følger heraf: er den begunstigede indsat **ved navn** uden angivelse af relation, er forudsætningssynspunktet svagere, end hvor erklæringen udtrykkeligt benævner den pågældende »samlever«.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 104, stk. 1, 4	
PRAKSIS	**Landsretten** · Vestre Landsrets afgørelse om begunstigelse i livsforsikring ved samlivsophævelse og fælles boliggæld	31.08.2018
	Byretten · Afgørelse om bortfald af begunstigelse i gruppelivsforsikring på grund af bristede forudsætninger	03.10.2017
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse vedrørende udbetaling af gruppelivsforsikring til navngiven begunstiget efter samlivsophævelse	21.02.2018

§ 8 § 104: tilsidesættelse af urimelig begunstigelse – momenterne og loftet

§ 104, stk. 1 giver ægtefællen og livsarvinger adgang til ved dom at få forsikringssummen helt eller delvis tillagt sig, hvis begunstigelsen må anses for urimelig. Beløbet kan ikke overstige, hvad der ville være tilfaldet den pågældende som boslod og tvangsarv, jf. arvelovens § 5, § 10 og § 11, stk. 2, hvis summen i stedet var tilfaldet et solvent bo. Stk. 2 opregner tre momenter: baggrunden for indsættelsen, de involveredes økonomiske behov og omstændighederne i øvrigt.

Forarbejderne til bestemmelsen er usædvanligt udførlige og udgør i praksis den vigtigste fortolkningskilde. Fire forhold træder frem.

1. Personkredsen er snæver. Forarbejderne siger det direkte:

> *Bestemmelsen kan ikke påberåbes af forsikringstagerens samlever.*

2. Økonomisk behov er reelt en betingelse. Uanset at § 104, stk. 2, formelt oplister behovet som blot ét moment, fastslår forarbejderne:

> *En regulering bør som altovervejende hovedregel ikke finde sted, medmindre den, der begærer reguleringen, har et økonomisk behov for det. Det forhold, at forsikringstagerens begunstigelsesindsættelse fører til en skævdeling af de efterladte midler mellem livsarvingerne og ægtefællen er derfor ikke i sig selv et moment, der taler for en regulering.*

3. Rimeligt formål slår regulering af. Forarbejderne nævner tre typetilfælde, hvor begunstigelsen normalt bør stå ved magt: forsørgelsessikring af ægtefælle/samlever, uddannelsessikring af en livsarving, og kompagnonforsikring til videreførelse af en erhvervsvirksomhed. Særligt om fællesbørn:

> *Hvis forsikringstageren har indsat sin ægtefælle eller samlever som begunstiget, vil der som nævnt kun sjældent være anledning til at imødekomme en begæring om regulering fra en fælles livsarving, også selvom barnet er mindreårigt og i øvrigt uden midler.*

Baggrunden er, at længstlevende har forsørgelsespligten. Anderledes for **særbørn**, hvor der kan være grundlag for regulering, hvis barnet kun får beskeden arv og ikke er sikret gennem fx en børnepension.

4. Opsparingselementet vejer tungt. Forarbejderne opstiller en klar sondring:

> *Det vil være lettere for ægtefællen og livsarvingerne at få reguleret en forsikring, der har et betydeligt opsparingselement end en ren risikoforsikring, fordi forsikringstageren ved at betale de højere præmier på en forsikring med et opsparingselement jo har undtaget disse beløb fra at indgå i sit bo.*

Også formueordningen i ægteskabet indgår: fuldt fælleseje taler for regulering til fordel for ægtefællen, mens fuldstændigt særeje eller et ægtefællebegunstigende kombinationssæreje taler imod.

Domstolspraksis er sparsom, hvilket i sig selv er et resultat – tærsklen er høj. **BS-2934/2018-VLR** (Vestre Landsret, dom af 29. juli 2019) om forsikringsarv og begunstigelsesklausul er et af de få eksempler på realitetsbehandling efter § 104.

Processuelt gælder efter stk. 4 en absolut frist: sagen skal anlægges af ægtefællen eller en livsarving mod den begunstigede inden 1 år efter dødsfaldet. Forarbejderne understreger, at fristen løber uafhængigt af, hvornår underretningen efter § 102, stk. 3, er sket, og at sagen skal anlægges ved skifteretten, jf. dødsboskiftelovens § 89, stk. 1, nr. 4, jf. § 101, stk. 1. Sammenholdt med ophævelsen i 2014 af skifterettens vejledningspligt er dette en reel retssikkerhedsmæssig udfordring for de efterladte.

Endelig bemærker forarbejderne om tilbagebetaling, at det som udgangspunkt er uden betydning, om summen allerede er forbrugt – dog kan det efter omstændighederne indgå, hvad den begunstigede har brugt pengene til, navnlig hvis en beskeden sum er indgået i et løbende rimeligt forbrug, og kravet først fremsættes tæt på fristens udløb.

LOV Arveloven § 5 · Arveloven § 10 · Arveloven § 11, stk. 2 · Forsikringsaftaleloven § 104, stk. 1-4

PRAKSIS
- **Landsretten** · Forsikringsarv og begunstigelsesklausul - Vestre Landsrets afgørelse om forsikringsudbetalinger — 29.07.2019
- **Landsretten** · Vestre Landsrets afgørelse om begunstigelse i livsforsikring ved samlivsophævelse og fælles boliggæld — 31.08.2018

§ 9 Selskabets undersøgelsespligt og frigørende udbetaling

Når begunstigelsen er uklar, eller arveforholdene er ufuldstændigt oplyste, opstår spørgsmålet om, hvor langt selskabets undersøgelsespligt rækker – og hvornår en udbetaling er frigørende.

Udgangspunktet er, at selskabet **skal** udbetale umiddelbart til den begunstigede, jf. § 102, stk. 1. Undtagelsen er § 104, stk. 3: har ægtefællen eller en livsarving **inden** udbetalingen gjort indsigelse over for selskabet, må selskabet ikke udbetale, før det ved forlig eller dom er afgjort, hvem der har ret til summen. Selskabet kan dog altid udbetale indtil **en tredjedel** til den begunstigede, og – hvis den pågældende sørger for begravelsen – et passende beløb hertil ved siden af.

Forarbejderne til § 102, stk. 3, anerkender udtrykkeligt, at selskabet efter omstændighederne må undersøge sagen:

> *Alt afhængig af den nærmere udformning af bestemmelsen om indsættelse af en begunstiget kan selskabet have behov for at foretage nærmere undersøgelser af, hvem der må anses for begunstiget.*

Grænsen for denne pligt blev afprøvet i **sag 101270** (28. august 2024). Alka havde udbetalt gruppelivssummen til afdødes mor og tre søskende på grundlag af morens tro- og loveerklæring om, at afdøde ikke efterlod sig ægtefælle, samlever, livsarvinger eller testamente. Det viste sig senere – dokumenteret ved DNA-test og fødselsattest – at afdøde havde et barn i udlandet, som ikke var registreret i CPR. Én af søskendene havde kendskab til barnet. Boets advokat gjorde gældende, at selskabet burde have spurgt hele arvekredsen, jf. dødsboskiftelovens § 7, stk. 4.

Nævnet gav **ikke** klageren medhold. Der blev lagt vægt på, at boet var udleveret til privatskifte med moren som kontaktperson, at selskabet inden udbetalingen havde undersøgt arveforholdene ved at kontakte hende, og at barnet ikke var CPR-registreret. Den søskende, der kendte til barnet, havde ikke oplyst det til skifteretten eller moren, og nævnet havde derfor ikke grundlag for at statuere, at vedkommende ville have oplyst om barnet, hvis selskabet havde spurgt. Nævnet henviste til Vestre Landsrets dom af 5. december 1994, gengivet i **U 1995.240 V**, hvorefter selskaberne i medfør af § 104, stk. 3 og § 102, stk. 1 er både **berettigede og forpligtede** til at udbetale til den begunstigede, medmindre selskabet forinden har modtaget henvendelse fra tvangsarvingerne.

Retsstillingen kan sammenfattes således:

- Selskabet skal foretage **rimelige** undersøgelser – typisk henvendelse til boets kontaktperson efter skifteretsattesten.
- Selskabet har **ikke** pligt til at afhøre hele arvekredsen eller foretage undersøgelser ud over, hvad dødsboskiftelovens § 7, stk. 2 og 4, forudsætter af skifteretten.
- Udbetaling i god tro på grundlag af en tro- og loveerklæring er **frigørende**.
- Risikoen for skjulte arvinger bæres i praksis af de efterladte, ikke af selskabet.

Selskabets pligt til at underrette skifteretten efter § 102, stk. 3 er ikke til hinder for frigørende udbetaling – forarbejderne siger udtrykkeligt, at underretningspligten »ikke er til hinder for, at selskabet med frigørende virkning udbetaler forsikringssummen umiddelbart til den begunstigede«.

LOV Dødsboskifteloven § 7, stk. 4 Forsikringsaftaleloven § 102, stk. 1, 3 Forsikringsaftaleloven § 104, stk. 3

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Klage over Alka Forsikrings udbetaling af gruppelivsforsikring til forkerte arvinger 28.08.2024

§ 10 Oplysningspligt ved tegning – FAL § 6 i liv- og pensionsforsikring

Den anden store tvistgruppe angår ikke *hvem* der får summen, men *om* der overhovedet er dækning. Retsgrundlaget er § 6, stk. 1:

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

Bestemmelsen er en **alt-eller-intet-regel** med en vigtig ventil i § 6, stk. 3, der netop for livs-, ulykkes- og sygeforsikring giver adgang til at bestemme, at selskabet hæfter helt eller delvis, hvis særlige omstændigheder taler herfor. Ved denne vurdering skal der navnlig lægges vægt på, om det urigtigt oplyste forhold har haft indflydelse på forsikringsbegivenhedens indtræden, på den udviste uagtsomhed, og på den tid der er forløbet.

Ankenævnspraksis viser et konsistent mønster med **to bevisled**:

Led 1 – er oplysningen urigtig, og er det uagtsomt? Her er tærsklen lav. I **sag 94605** (13. maj 2020) havde klageren i helbredserklæringen svaret »nej« til, om han inden for de seneste to år havde været undersøgt eller behandlet hos læge, og »nej« til medicinsk behandling i mere end en måned – selvom han siden 2007 havde været i behandling for forhøjet blodtryk og kolesterol og senest havde været til blodtrykskontrol tre uger før. Nævnet fandt oplysningerne urigtige og forholdet mindst uagtsomt.

Led 2 – ville selskabet have afvist tegning? Her bærer selskabet bevisbyrden, og den løftes i praksis ved fremlæggelse af tegningsregler og en risikovurdering. I sag 94605 vurderede Videncenter for Helbred og Forsikring (HEFO), at klagerens dødelighedsrisiko (D2) og invaliditetsrisiko (I2) efter PFA's vilkår ville have udelukket forsikringsdækning. Nævnet kunne derfor ikke kritisere, at selskabet ophævede forsikringerne med tilbagevirkende kraft.

Samme struktur genfindes i **sag 91972** (Letsikring ved død, § 6, stk. 1 og 3 samt § 8), **sag 82857** (PFA, gruppelivsforsikring), **sag 77795** (Topdanmark, gruppelivsforsikring) og **sag 84404** (erhvervsevnetabsdækning). I **sag 93182** var den fortiede oplysning en allerede tilkendt førtidspension ved ordningens oprettelse, og i **sag 90072** var stridspunktet, om forsikringstageren reelt var sygemeldt efter en hjerteoperation, da dødsfaldsdækningen blev forhøjet – her inddrog nævnet også § 5 og § 24.

At kravene ikke er formalistiske, men indholdsmæssige, understreges af det principielle udgangspunkt nævnet lægger til grund: det er selskabets **egne tegningsregler**, der afgør kausalitetsspørgsmålet, og de skal fremlægges. Undlader selskabet det, falder afvisningen. Der er dermed tale om en reel – om end i praksis ofte opfyldt – bevisbyrde.

Et beslægtet spor angår **ophør af dækningen**. I **sag 94447** (PensionDanmark) var forsikringsdækningen bortfaldet efter 36 måneders bidragsfri dækning, og klageren fik først tilkendt førtidspension seks år senere. Nævnet fandt det ubetænkeligt at lægge til grund, at ikke alle tre varslingsbreve var gået tabt i posten, jf. princippet i § 33. Tilsvarende var spørgsmålet i **26/2020** fra Finansielle Ankenævn, om en livsforsikring var ophørt ved manglende præmiebetaling forud for dødsfaldet, jf. §§ 13-14.

LOV Forsikringsaftaleloven § 5 Forsikringsaftaleloven § 6, stk. 1, 3

Forsikringsaftaleloven § 8 | Forsikringsaftaleloven § 33

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af udbetaling for kritisk sygdom grundet urigtige helbredsoplysninger ved forsikringstegning 13.05.2020

Ankenævnet for Forsikring · Tvist om manglende modtagelse af varslingsbreve ved ophør af forsikringsdækning i pensionsordning 04.03.2020

Ankenævnet for Forsikring · Tvist om dækning for tab af erhvervsevne: Manglende oplysning om førtidspension ved oprettelse af pensionsordning 01.05.2019

Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om ophævelse af Letsikring ved død grundet urigtige helbredsoplysninger 24.10.2018

Ankenævnet for Forsikring · Tvisten om forhøjet dødsfaldsdækning: Var forsikringstager reelt sygemeldt efter hjerteoperation? 02.08.2017

Ankenævnet for Forsikring · Sag om ophævelse af forsikring ved tab af erhvervsevne grundet urigtige helbredsoplysninger 30.12.2013

Ankenævnet for Forsikring · PFA Pension: Opsigelse af gruppelivsforsikring grundet urigtige helbredsoplysninger 27.05.2013

Ankenævnet for Forsikring · Topdanmark Forsikring A/S – Ophævelse af gruppelivsforsikring grundet manglende helbredsoplysninger 29.11.2010

Det finansielle ankenævn · Indsigelse mod ophør af livsforsikring ved manglende præmiebetaling og dødsfald 08.06.2020

§ 11 Rådgivningsansvar ved produktvalg, selskabsskifte og overførsel

Den tredje tvistgruppe angår selskabets rådgivning. Retsgrundlaget er dels almindelige erstatningsregler, dels bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører, hvis § 15 pålægger selskabet i god tid inden aftaleindgåelsen at oplyse bl.a., om der ydes rådgivning om produktet. At begunstigelse er en kernekompetence, fremgår af bilag 4 til bekendtgørelsen om kompetencekrav, hvorefter ansatte, der distribuerer liv- og pensionsprodukter, skal have viden om bl.a. forsikringsaftaleloven, arveloven og lov om ægtefællers økonomiske forhold samt om »indsættelse af begunstigelse« og »skilsmisse og død«.

Bevisbyrden ligger hos klageren. Det gennemgående mønster i ankenævnspraksis er, at rådgivningskrav afvises, når selskabet kan dokumentere skriftlig information.

Sag	Produkt/problem	Udfald
103461 (2025)	Overførsel til PFA Plus; 2008-reglerne satte samlever før børn	Klagen afvist
100310 (2023)	Livrente uden garantiperiode; ca. 830.000 kr. bortfaldt ved død	Klagen afvist
101825 (2024)	Sampension; kun ca. halvdelen af depotet dækket efter pensionering	Klagen afvist
103462 (2025)	Selskabsskifte; bortfald af tidligere begunstigelseserklæring	–

Overførselsproblemet fortjener særlig opmærksomhed, fordi det rammer bredt. I sag 103461 havde afdøde en ordning fra før 2008, hvor livsarvinger stod først i rækkefølgen. Han oprettede i november 2023 en ny PFA Plus Privat-ordning og overførte i december sin opsparing dertil. Ved hans død i februar 2025 gik summen til samleveren – ikke til børnene. Nævnet fandt ikke grundlag for kritik og lagde vægt på:

- at der var tale om en **nyoprettelse**, ikke en ændring af en eksisterende police,

- at tilbuddets vejledning entydigt definerede »nærmeste pårørende« efter 2008-reglerne (samlever før livsarvinger),
- at det specifikt fremgik af overførselsvejledningen, at »aftaler om særlige begunstigelser med dit afgivende selskab bliver ikke overført«, og
- at forsikringstageren underskrev alle aftaler med MitID og havde adgang til at ændre begunstigelsen, men ikke gjorde det.

Kendelsen illustrerer en betydelig praktisk risiko: **en pensionsoverførsel nulstiller begunstigelsen**, og standardreglen i det modtagende selskab overtager. Sammenholdt med Højesterets dom i **BS-49362/2019-HJR** om, at passiv accept ikke gyldigt kan ændre »nærmeste pårørende«, tegner der sig en sondring: selskabet kan ikke ensidigt ændre en *bestående* ordning ved tavshed, men ved en *nyoprettelse* med aktivt MitID-samtykke gælder det nye selskabs vilkår.

Rådgivningsansvar bliver dog pålagt, hvor vilkårene er uklare. I **sag 97618** (29. juni 2022) anvendte nævnet **koncipistreglen** og pålagde PFA at opregulere den dækningsgivende løn fra 2016 med 2 % p.a. frem til genberegningen i 2020, under henvisning til et symmetriprincip og til, at klagerens optjente regulering ellers ville blive »nulstillet«. Tilsvarende fik klageren medhold i **sag 99960** (Velliv), hvor nævnet fastslog et **skadevirkningsprincip** – den faktiske løn på skadetidspunktet er afgørende, og arbejdsgiverens forsinkede lønindberetning kan ikke komme forsikringstageren til skade. Forældelsen var suspenderet, jf. forældelseslovens § 3, stk. 2, fordi forskellen ikke var så stor, at klageren burde have indset fejlen.

Skadevirkningsprincippet blev til gengæld anvendt til selskabets fordel i **sag 97751**:

> *Nævnet bemærker, at det følger af nævnets praksis, at en karensperiode i en erhvervsevnetabsforsikring må betragtes som en selvrisikoperiode. Forsikringsbegivenheden anses for at være indtrådt ved karensperiodens start, selvom selskabets forpligtelse til at yde dækning først begynder, når karensperioden er udløbet.*

De ældre – og for klageren dårligere – vilkår fandt derfor anvendelse, og nævnet afviste at tilsidesætte selskabets skæringsdato efter aftalelovens § 36. Se også **sag 100072**, hvor en kommunal fleksjobtilkendelse på 10,5 timer ugentligt ikke var bindende for selskabets privatretlige vurdering af erhvervsevnetabet, og **sag 100424**, hvor selskabet var berettiget til præmie for den risiko, det faktisk bar under bidragsfri dækning efter jobskifte.

LOV Aftaleloven § 36 · Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 15 · Forældelsesloven § 3, stk. 2

PRAKSIS

Højesteret · Højesterets dom om ugyldighed af passiv accept ved ændring af 'nærmeste pårørende' i forsikringsaftaler	03.09.2020
Ankenævnet for Forsikring · Tvist om udbetaling af livsforsikring ved selskabsskifte og bortfald af tidligere begunstigelseserklæring	03.12.2025
Ankenævnet for Forsikring · Tvist om begunstigelse ved overførsel af pension: Samlever anset som 'nærmeste pårørende' frem for børn	20.08.2025
Ankenævnet for Forsikring · Manglende dækning af fuld pensionsopsparing ved død efter pensionering	30.10.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på fortsat udbetaling ved tab af erhvervsevne trods tilkendelse af fleksjob	24.01.2024
Ankenævnet for Forsikring · Velliv: Tvist om beregning af erstatning for tabt erhvervsevne	29.11.2023
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af krav om tilbagebetaling af forsikringspræmier efter jobskifte og bidragsophør	29.11.2023

Ankenævnet for Forsikring · Krav om udbetaling af livrenteopsparing til boet grundet påstået mangelfuld rådgivning om garantiperiode	15.11.2023
Ankenævnet for Forsikring · Krav om opregulering af dækningsgivende løn ved genberegning af erhvervsevnetab efter overgang til fleksjob	29.06.2022
Ankenævnet for Forsikring · Tvist om forsikringsvilkår ved fleksjobansættelse efter arbejdsskade	29.06.2022

§ 12 Pensionsdeling ved separation og skilsmisse – forlods udtagelse og de to kompensationer

Ved skifte er udgangspunktet i ægtefællelovens § 34, stk. 1 enkelt: »En ægtefælles rimelige pensionsrettigheder indgår ikke i formuedelingen.« Værdien af **øvrige** pensionsrettigheder indgår derimod, jf. § 34, stk. 4. Har ægteskabet været af kortere varighed, indgår **ingen** pensionsrettigheder, jf. § 35, stk. 1. Reglerne suppleres af § 37 om rettigheder af personlig karakter og af § 38, stk. 2, hvorefter overførsel af midler til forlods udtagne pensionsrettigheder ikke udløser reguleringskrav.

Afgrænsningen af »rimelig« blev prøvet i **BS-2285/2011-VLR** (Vestre Landsret, dom af 14. marts 2013), afgjort efter de dagældende retsvirkningslovens §§ 16 b-16 e. Om en obligatorisk firmapension i Nordea Liv & Pension, som ikke kunne tilbagekøbes, udtalte landsretten:

> *Pensionsordningen anses på denne baggrund for en rimelig pensionsrettighed, jf. retsvirkningslovens § 16 b, stk. 1, således som begrebet er afgrænset i forarbejderne til lov nr. 483 af 7. juni 2006 om ændring af lov om ægteskabets retsvirkninger og lov om skifte af fællesbo m.v. Pensionsrettigheden kan herefter udtages forlods af fællesboet ved skifte.*

Modvægten er de to kompensationsregler.

Fællesskabskompensation efter ægtefællelovens § 44 forudsætter, at ægtefællen under ægteskabet har foretaget en mindre pensionsopsparing end en rimelig ordning, **og** at dette skyldes, at vedkommende af hensyn til familien har været helt eller delvis uden for arbejdsmarkedet, haft orlov eller arbejdet på nedsat tid. Kompensationen kan højst udgøre halvdelen af forskellen. I BS-2285/2011-VLR afviste landsretten kravet med to selvstændige begrænsninger:

> *Det følger af ordlyden og forarbejderne til bestemmelsen i retsvirkningslovens § 16 d om en fællesskabskompensation, at en sådan kompensation er begrænset til at angå den reducerede indbetaling til en ægtefælles pensionsopsparing, som relaterer sig til forholdene **under ægteskabet**. Det følger af forarbejderne til bestemmelsen, at muligheden for fællesskabskompensation blandt andet er betinget af, at den manglende pensionsopsparing svarer til op mod to års pensionsindbetalinger for en fuldtidsforsikret.*

Da den manglende opsparing under ægteskabet androg ca. 60.000 kr. mod en tærskel på ca. 85.000 kr., faldt kravet. Der gælder altså både en **tidsmæssig** afgrænsning (kun ægteskabet – ikke forudgående samliv) og en **bagatelgrænse**.

Rimelighedskompensation efter ægtefællelovens § 45 kræver, at ægteskabet har været af længere varighed, og at der er stor forskel i værdierne. Også dette krav faldt i BS-2285/2011-VLR:

> *Efter det oplyste om parternes forudgående samliv inden ægteskabet, herunder den måde, hvorpå parterne i økonomisk henseende har indrettet sig under samlivet, har ægteskabet været af længere varighed, jf. retsvirkningslovens § 16 e, stk. 1, nr. 1. Henset hertil og sammenholdt med oplysninger om Sagsøgers frivillige*

> *pensionsordninger i Spar Nord Bank og resultatet af bodelingen i øvrigt finder landsretten efter en samlet vurdering, at Sagsøger – uanset der er stor forskel på værdierne af ægtefællernes pensionsrettigheder – ikke er stillet urimeligt i pensionsmæssig henseende.*

Bemærk sondringen: ved § 45 tæller det **forudgående samliv** med ved bedømmelsen af »længere varighed«, mens det ved § 44 ikke tæller med ved opgørelsen af den manglende opsparing. Og selv når begge betingelser er opfyldt, foretages en **helhedsvurdering** af bodelingen – stor forskel er ikke i sig selv nok.

Højesteret har taget stilling til den beslægtede problemstilling om **ekstraordinære indbetalinger** i **125/2017** (dom af 30. januar 2018) om forlodsudtagelse af pensionsmidler og rimelighedsvurderingen af ekstraordinære indbetalinger ved skilsmisse. Se endvidere **BS-1404/2009-SVE** om begge kompensationstyper og **BS-24949/2023-OLR** (Østre Landsret, dom af 15. november 2024) om bodeling og aftalers gyldighed, herunder § 36 om personskadeerstatninger uden for formuedelingen.

Aftaler binder. Landsretten fandt i BS-2285/2011-VLR, at parternes skriftlige udveksling og bankens beregning udgjorde en endelig delingsaftale om de konkrete pensioner, og at det ikke ændrede herved, at sagsøgte processuelt havde tilsluttet sig, at pensionsspørgsmålet kunne afgøres som et separat enkeltspørgsmål.

Betalingen reguleres af § 46: kompensation betales kontant, men skifteretten kan – hvis kontant betaling ville tvinge et salg af nødvendige erhvervsaktiver eller afskære en passende bolig – bestemme afdragsvis betaling, deling af alders-, kapital- eller ratepension, eller afdrag når en livsbetinget pension kommer til udbetaling. Netop udbetalingstidspunktet for delte ordninger var tvistens genstand i **584/2024** fra Finansielle Ankenævn (27. maj 2025). Og de skattemæssige konsekvenser af fejldispositioner er sjældent reversible – jf. **22-0025970** (Landsskatteretten, 8. juni 2022), hvor der blev meddelt afslag på tilbageførsel af udbetalt alderspension og genoprettelse af ordningen, og **sag 92485** om 60 %-statsafgiften ved tilbagekøb, jf. pensionsbeskatningslovens § 29, stk. 3.

LOV Pensionsbeskatningsloven § 29, stk. 3 · Ægtefælleloven § 34, stk. 1, 4 · Ægtefælleloven § 35, stk. 1 · Ægtefælleloven § 44 · Ægtefælleloven § 45 · Ægtefælleloven § 46

PRAKSIS

Højesteret · Højesterets dom om forlodsudtagelse af pensionsmidler og rimelighedsvurdering af ekstraordinære indbetalinger ved skilsmisse	30.01.2018
Landsretten · Landsretten afgør tvister om bodeling, ugyldige aftaler og erstatningsbeløb efter skilsmisse	15.11.2024
Landsretten · Sag om deling af pensionsrettigheder ved skilsmisse	14.03.2013
Byretten · Sag om deling af pensionsrettigheder ved skilsmisse - Fællesskabskompensation og rimelighedskompensation	18.01.2011
Landsskatteretten · Afslag på tilbageførsel af udbetalt alderspension og genoprettelse af pensionsordning	08.06.2022
Ankenævnet for Forsikring · Klage over beskatning, afgifter og arbejdsgiverregulering ved tilbagekøb af pensionsordning	05.12.2018
Det finansielle ankenævn · Indsigelse mod rådgivning om udbetalingstidspunkt for pensionsordninger delt ved bodeling	27.05.2025

§ 13 Gruppeliv i det offentlige – det overenskomstbaserede lag

En meget stor del af de dødsfaldssummer, der udløses i praksis, hviler ikke på en individuelt tegnet police, men på **kollektive gruppelivsordninger** etableret ved overenskomst. Det er en selvstændig grund

til, at forsikringstageren sjældent har forholdt sig aktivt til begunstigelsen – og dermed til, at § 105 a's standardrækkefølge får så stor betydning i praksis.

På det statslige område fastlægger cirkulæret om gruppelivsordning for tjenestemænd m.fl. og visse overenskomstansatte i staten og folkekirken mv. personkredsen, der omfatter tjenestemænd, tjenestemandslignende ansatte og en række overenskomstansatte, der ikke i forvejen er dækket af en pensionsordning med gruppelivsforsikring. Ordningen bortfalder ved det fyldte 72. år, og der er ved fratræden adgang til frivillig fortsættelsesforsikring, hvis henvendelse sker til Forenede Gruppeliv senest 6 måneder efter fratrædelsen.

De enkelte overenskomster henviser hertil. Fx bestemmer OAO-S-fællesoverenskomstens § 8, at ansættelsesmyndigheden betaler præmie til gruppelivsforsikringen for statsansatte i Forenede Gruppeliv (aftale nr. 85034), med den cirkulærebemærkning, at

> *Aktuel forsikringsoversigt med oplysninger om præmie, forsikringssummer og begunstigelse mv. findes på Forenede Gruppelivs hjemmeside […] under aftale nr. 85034 og aftale nr. 98642.*

Begunstigelsen fastlægges altså på et lag, den ansatte typisk aldrig ser. To praktiske konsekvenser følger:

1. **Formkravet i § 103 rammer hårdt.** Skal standardrækkefølgen fraviges, kræves en skriftlig begunstigelseserklæring til det rette institut – jf. **sag 94038**, hvor selskabets egne betingelser (§ 17 om begunstigelse) stillede et udtrykkeligt krav om »skriftlig henvendelse«.
2. **Jobskifte og faggruppeskift flytter ordningen.** I **sag 76271** fulgte den uigenkaldelige begunstigelse med ved overflytning mellem pensionskasser i både 1999 og 2003 – mens det modsatte gjaldt i **sag 103461**, hvor særlige begunstigelser netop *ikke* blev overført ved skift til et nyt selskab.

For arbejdsmarkedspensionernes **depotsikring** gælder desuden det ovenfor nævnte cirkulære om ydelsessammensætning, tilbagekøb og overflytning i forbindelse med jobskifte, hvorefter definitionen af »ægtefælle« og »børn« sker i henhold til forsikringsaftalelovens § 105, stk. 2 og 3, mens udbetaling til samlevere forudsætter, at pensionsbeskatningslovens krav er opfyldt. Cirkulærebemærkningerne præciserer også en ofte oversete begrænsning: »Depotsikringen bortfalder ved udbetalingen af pensionen« – hvilket er præcis den skuffelse, der lå bag klagen i **sag 101825** og **sag 100310**.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 103, stk. 1 · Forsikringsaftaleloven § 105, stk. 2, 3	
PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Tvist om begunstigelse ved overførsel af pension: Samlever anset som 'nærmeste pårørende' frem for børn	20.08.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Manglende dækning af fuld pensionsopsparing ved død efter pensionering	30.10.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Krav om udbetaling af livrenteopsparing til boet grundet påstået mangelfuld rådgivning om garantiperiode	15.11.2023
	Ankenævnet for Forsikring · Sag om gyldigheden af telefonisk ændring af begunstigelseserklæring	18.12.2019
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse vedrørende uigenkaldelig begunstigelse og krav om ændring	16.12.2009

§ 14 Sammenfatning: fem tommelfingerregler af praksis

Praksis på området er præget af, at **formregler og standardrækkefølger slår gode intentioner**. Fem mønstre træder frem.

1. Standardrækkefølgen er hovedreglen – og den overrasker. Fordi de fleste dødsfaldssummer hviler på kollektive ordninger, som forsikringstageren aldrig har forholdt sig aktivt til, afgøres tvisterne som hovedregel af § 105 a, stk. 1. Samleverens fortrin frem for børnene er reformens mest indgribende – og mest oversete – konsekvens. Efter Højesterets dom i **BS-50349/2023-HJR** står det fast, at fortrinnet forudsætter et **bestående** samliv; alvorlige parforholdsproblemer er ikke nok, men et endeligt brud er – uanset fælles folkeregisteradresse.

2. Skriftlighed er en gyldighedsbetingelse. § 103, stk. 1 tåler ingen pragmatisme. Hverken en telefonsamtale med kontrolspørgsmål, et orienteringsbrev til e-Boks eller et samstemmende notartestamente reparerer et manglende formkrav, jf. **sag 94038**. Og selskabet kan ikke ændre rækkefølgen ved passiv accept, jf. **BS-49362/2019-HJR**.

3. To spor fører til bortfald – med vidt forskellige frister.

	§ 104 (urimelig begunstigelse)	Bristede forudsætninger
Hvem kan påberåbe sig det	Kun ægtefælle og livsarvinger	Enhver med retlig interesse
Frist	1 år fra dødsfaldet, jf. § 104, stk. 4	Almindelige regler
Prøvelsens karakter	Skøn over rimelighed, loft ved tvangsarv	Aftaleretlig forudsætningslære
Kerneeksempel	**BS-2934/2018-VLR**	**BS-224/2017-HOL**

At 1-årsfristen **ikke** gælder forudsætningssporet, er sagens vigtigste processuelle pointe – og eneste realistiske redning, når skifterettens vejledningspligt blev ophævet i 2014.

4. § 104's tærskel er høj. Forarbejderne gør økonomisk behov til en de facto-betingelse, udelukker samleveren fra personkredsen, og fastslår, at skævdeling mellem ægtefælle og livsarvinger ikke i sig selv er nok. Praksis er tilsvarende sparsom. Den bedste indikator for medhold er kombinationen af **et betydeligt opsparingselement**, **fuldt fælleseje** og **et reelt forsørgelsesbehov** hos en særlivsarving, der ikke er sikret på anden vis.

5. Selskabet bærer sjældent risikoen. Udbetaling i god tro på grundlag af boets kontaktperson er frigørende – også når en ukendt arving senere dukker op, jf. **sag 101270** og **U 1995.240 V**. Rådgivningskrav afvises rutinemæssigt, når selskabet kan dokumentere skriftlig information, jf. **sag 103461**, **sag 100310** og **sag 101825**. Selskabet taber typisk kun, hvor **vilkårene er uklare**, og koncipistreglen slår igennem, jf. **sag 97618** og **sag 99960**.

På skifteområdet er billedet parallelt: ægtefællelovens § 34, stk. 1 skærmer rimelige pensioner effektivt, og begge kompensationsregler har høje tærskler – en bagatelgrænse på op mod to års indbetalinger ved § 44, og en helhedsvurdering ved § 45, hvor selv en stor værdiforskel kan tåles, jf. **BS-2285/2011-VLR**.

Den praktiske lære er derfor entydig: begunstigelsen skal gennemgås skriftligt ved enhver livsændring – samlivsophør, skilsmisse, nyt ægteskab, jobskifte og pensionsoverførsel. Retssystemet reparerer meget lidt bagefter.

LOV Forsikringsaftaleloven § 103, stk. 1 · Forsikringsaftaleloven § 104, stk. 4 · Forsikringsaftaleloven § 105a, stk. 1 · Ægtefælleloven § 34, stk. 1 · Ægtefælleloven § 44 · Ægtefælleloven § 45

PRAKSIS **Højesteret** · Forsikringssum tilfaldt afdødes børn som nærmeste pårørende efter endeligt samlivsophør 02.02.2024

Højesteret · Højesterets dom om ugyldighed af passiv accept ved ændring af 'nærmeste pårørende' i forsikringsaftaler 03.09.2020

Landsretten · Forsikringsarv og begunstigelsesklausul - Vestre Landsrets afgørelse om forsikringsudbetalinger	29.07.2019
Landsretten · Sag om deling af pensionsrettigheder ved skilsmisse	14.03.2013
Byretten · Afgørelse om bortfald af begunstigelse i gruppelivsforsikring på grund af bristede forudsætninger	03.10.2017
Ankenævnet for Forsikring · Tvist om begunstigelse ved overførsel af pension: Samlever anset som 'nærmeste pårørende' frem for børn	20.08.2025
Ankenævnet for Forsikring · Manglende dækning af fuld pensionsopsparing ved død efter pensionering	30.10.2024
Ankenævnet for Forsikring · Klage over Alka Forsikrings udbetaling af gruppelivsforsikring til forkerte arvinger	28.08.2024
Ankenævnet for Forsikring · Velliv: Tvist om beregning af erstatning for tabt erhvervsevne	29.11.2023
Ankenævnet for Forsikring · Krav om udbetaling af livrenteopsparing til boet grundet påstået mangelfuld rådgivning om garantiperiode	15.11.2023
Ankenævnet for Forsikring · Krav om opregulering af dækningsgivende løn ved genberegning af erhvervsevnetab efter overgang til fleksjob	29.06.2022
Ankenævnet for Forsikring · Sag om gyldigheden af telefonisk ændring af begunstigelseserklæring	18.12.2019

REFERENCE Lovgrundlag

8 paragraffer

Forsikringsaftaleloven § 6	stk. 1	Forsikringsaftaleloven § 102	stk. 1
Forsikringsaftaleloven § 103	stk. 1	Forsikringsaftaleloven § 104	
Forsikringsaftaleloven § 105a		Forsikringsaftaleloven § 105b	stk. 1
Ægtefælleloven § 34	stk. 1	Ægtefælleloven § 44	

MATERIALE Citerede afgørelser

39 afgørelser

HØJESTERET · ØVERSTE INSTANS 4

02.02.2024	Forsikringssum tilfaldt afdødes børn som nærmeste pårørende efter endeligt samlivsophør	bs-50349-2023-hjr
03.09.2020	Højesterets dom om ugyldighed af passiv accept ved ændring af 'nærmeste pårørende' i forsikringsaftaler	bs-49362-2019-hjr
30.04.2020	Fortolkning af "nærmeste pårørende" i forsikringsaftaleloven: Fordeling mellem forældre ved manglende kontakt	bs-39119-2019-hjr
30.01.2018	Højesterets dom om forlodsudtagelse af pensionsmidler og rimelighedsvurdering af ekstraordinære indbetalinger ved skilsmisse	125-2017-- og-126-2017

LANDSRETTEN · ANKEINSTANS 5

15.11.2024	Landsretten afgør tvister om bodeling, ugyldige aftaler og erstatningsbeløb efter skilsmisse	9753-11391

14.03.2023	Afgørelse om nærmeste pårørende efter Forsikringsaftaleloven - Samlivets ophør vurderet	4377-5252
29.07.2019	Forsikringsarv og begunstigelsesklausul - Vestre Landsrets afgørelse om forsikringsudbetalinger	682-777
31.08.2018	Vestre Landsrets afgørelse om begunstigelse i livsforsikring ved samlivsophævelse og fælles boliggæld	359-406
14.03.2013	Sag om deling af pensionsrettigheder ved skilsmisse	2154-2571

BYRETTEN · FØRSTE INSTANS 2

03.10.2017	Afgørelse om bortfald af begunstigelse i gruppelivsforsikring på grund af bristede forudsætninger	360-407
18.01.2011	Sag om deling af pensionsrettigheder ved skilsmisse - Fællesskabskompensation og rimelighedskompensation	2830-3360

LANDSSKATTERETTEN · ADMINISTRATIV KLAGEINSTANS 1

08.06.2022	Afslag på tilbageførsel af udbetalt alderspension og genoprettelse af pensionsordning	22-0025970

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS 23

03.12.2025	Tvist om udbetaling af livsforsikring ved selskabsskifte og bortfald af tidligere begunstigelseserklæring	103462
20.08.2025	Tvist om begunstigelse ved overførsel af pension: Samlever anset som 'nærmeste pårørende' frem for børn	103461
30.10.2024	Manglende dækning af fuld pensionsopsparing ved død efter pensionering	101825
28.08.2024	Klage over Alka Forsikrings udbetaling af gruppelivsforsikring til forkerte arvinger	101270
24.01.2024	Afslag på fortsat udbetaling ved tab af erhvervsevne trods tilkendelse af fleksjob	100072
29.11.2023	Afvisning af krav om tilbagebetaling af forsikringspræmier efter jobskifte og bidragsophør	100424
29.11.2023	Velliv: Tvist om beregning af erstatning for tabt erhvervsevne	99960
15.11.2023	Krav om udbetaling af livrenteopsparing til boet grundet påstået mangelfuld rådgivning om garantiperiode	100310
29.06.2022	Krav om opregulering af dækningsgivende løn ved genberegning af erhvervsevnetab efter overgang til fleksjob	97618
29.06.2022	Tvist om forsikringsvilkår ved fleksjobansættelse efter arbejdsskade	97751
13.05.2020	Afvisning af udbetaling for kritisk sygdom grundet urigtige helbredsoplysninger ved forsikringstegning	94605
04.03.2020	Tvist om manglende modtagelse af varslingsbreve ved ophør af forsikringsdækning i pensionsordning	94447
18.12.2019	Sag om gyldigheden af telefonisk ændring af begunstigelseserklæring	94038

01.05.2019	Tvist om dækning for tab af erhvervsevne: Manglende oplysning om førtidspension ved oprettelse af pensionsordning	93182
20.03.2019	Afgørelse vedrørende udbetaling af livsforsikring til nærmeste pårørende trods tidligere begunstigelseserklæring	92929
05.12.2018	Klage over beskatning, afgifter og arbejdsgiverregulering ved tilbagekøb af pensionsordning	92485
24.10.2018	Afgørelse om ophævelse af Letsikring ved død grundet urigtige helbredsoplysninger	91972
21.02.2018	Afgørelse vedrørende udbetaling af gruppelivsforsikring til navngiven begunstiget efter samlivsophævelse	90712
02.08.2017	Tvisten om forhøjet dødsfaldsdækning: Var forsikringstager reelt sygemeldt efter hjerteoperation?	90072
30.12.2013	Sag om ophævelse af forsikring ved tab af erhvervsevne grundet urigtige helbredsoplysninger	84404
27.05.2013	PFA Pension: Opsigelse af gruppelivsforsikring grundet urigtige helbredsoplysninger	82857
29.11.2010	Topdanmark Forsikring A/S – Ophævelse af gruppelivsforsikring grundet manglende helbredsoplysninger	77795
16.12.2009	Afgørelse vedrørende uigenkaldelig begunstigelse og krav om ændring	76271

DET FINANSIELLE ANKENÆVN · NÆVN / KLAGEINSTANS 2

27.05.2025	Indsigelse mod rådgivning om udbetalingstidspunkt for pensionsordninger delt ved bodeling	584/2024
08.06.2020	Indsigelse mod ophør af livsforsikring ved manglende præmiebetaling og dødsfald	26/2020

PARKERINGSKLAGENÆVNET · NÆVN / KLAGEINSTANS 1

15.05.2021	Utilstrækkelig skiltning om zoneopdeling førte til annullering af kontrolafgift for personbil	park-5252

PROCESBEVILLINGSNÆVNET · NÆVN / KLAGEINSTANS 1

15.09.2023	Procesbevillingsnævnet: 3.-instansbevilling om hvornår en samlever er "nærmeste pårørende" efter forsikringsaftalelovens § 105 a ved udbetaling af livsforsikring og pension	23/13640

22 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over oplysningspligt og forsikringssvig (FAL §§ 4-7)

Urigtige risikooplysninger, forsætlig fortielse og bortfald af dækning

Version 2 Opdateret 27. jun. 2026 8 afgørelser · 2024–2025 Læs online

INTRODUKTION

Forsikringsaftaleloven (FAL) §§ 4-7 regulerer konsekvenserne af, at forsikringstageren ved forsikringens tegning har afgivet urigtige eller mangelfulde oplysninger om risikoforhold. Reglerne opstiller et gradueret sanktionssystem fra svig (§ 4) over simpel urigtig oplysning (§ 6) til manglende oplysning (§ 7), med en mellemstation for god tro (§ 5). Praksis fra Højesteret og Ankenævnet for Forsikring viser, at oplysningspligten har stor praktisk betydning – navnlig ved bilforsikringer (urigtige brugeroplysninger), personforsikringer (fortielse af helbredsforhold) og skadesforsikringer (skadehistorik). Lempelsesreglen i § 6, stk. 3, indført i 2004, fungerer som en sikkerhedsventil ved forbrugerforsikringer og personforsikringer, der gør det muligt at se helt eller delvist bort fra urigtige oplysninger i særlige tilfælde.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Svig efter FAL § 4 medfører, at forsikringsaftalen slet ikke er bindende for selskabet – dette kræver forsætlig afgivelse af urigtig oplysning eller fortielse af en omstændighed af betydning for selskabet.

02 Har forsikringstageren været i god tro om den urigtige oplysning (§ 5), hæfter selskabet, som om urigtig oplysning ikke forelå, men kan opsige forsikringen med en uges varsel.

03 Ved urigtige oplysninger uden svig (§ 6, stk. 1-2) nedsættes dækningen efter pro rata-princippet – selskabet hæfter kun i det omfang, det mod den aftalte præmie ville have forpligtet sig.

04 Lempelsesreglen i § 6, stk. 3 (indført 2004) er en sikkerhedsventil, der ved forbrugerforsikringer og personforsikringer kan lade selskabet hæfte helt eller delvist trods urigtige oplysninger, hvis særlige omstændigheder taler herfor.

05 Ved lempelsesvurderingen efter § 6, stk. 3 lægges navnlig vægt på årsagssammenhæng mellem det uoplyste forhold og forsikringsbegivenheden, graden af uagtsomhed og den tid der er forløbet siden tegningen.

06 Undladelse af at give oplysning (§ 7) berører kun selskabets ansvar, hvis forsikringstageren burde være klar over, at omstændigheden var af betydning, og undladelsen kan tilregnes som grov uagtsomhed.

07 Højesteret har fastslået, at §§ 6 og 7 er udfyldende regler – selskabet behøver ikke at have taget specifikt forbehold i forsikringsaftalen for at påberåbe sig nedsættelse af dækningen.

08 Forsikringsselskabet kan efter almindelige forsikringsretlige principper gøre regres og kræve tilbagebetaling hos forsikringstageren ved urigtige risikooplysninger – dette gælder også uden specifik aftale om regres.

09 Urigtige oplysninger om bilens faste bruger er det mest praktisk forekommende eksempel på FAL § 6-§ 7 problematikken, typisk med pro rata-nedsættelse baseret på præmieforskellen.

10 Fortielse af helbredsoplysninger ved tegning af personforsikring (livs-, syge- eller ulykkesforsikring) bedømmes strengt – selskabet er som udgangspunkt fri for ansvar, hvis det ikke ville have tegnet forsikringen med kendskab til det rette forhold.

11 Forsikringsselskabets spørgsmåls klarhed og præcision har betydning for vurderingen – upræcise eller brede spørgsmål kan tale for anvendelse af lempelsesreglen.

12 Selskabet bærer bevisbyrden for, at det ikke ville have tegnet forsikringen eller ville have tegnet den på andre vilkår, hvis de korrekte oplysninger havde foreligget.

§ 1 Lovgrundlag: FAL §§ 4-7 som gradueret sanktionssystem

Forsikringsaftaleloven §§ 4-7 regulerer konsekvenserne af, at forsikringstageren ved forsikringens tegning har afgivet urigtige eller mangelfulde oplysninger. Reglerne opbygger et gradueret sanktionssystem, hvor retsfølgen afhænger af forsikringstagerens subjektive forhold:

- **Svig (§ 4):** Har forsikringstageren *svigagtigt* givet urigtig oplysning om eller fortiet en omstændighed af betydning for selskabet, er aftalen *ikke bindende* for selskabet. Det samme gælder, hvis forsikringstagerens forhold i øvrigt har været af en sådan art, at det ville stride mod "almindelig hæderlighed" at gøre aftalen gældende. FAL § 4 kræver forsæt – en bevidst og målrettet vildledning af selskabet.
- **God tro (§ 5):** Hvis forsikringstageren hverken vidste eller burde vide, at en afgivet oplysning var urigtig, hæfter selskabet som om urigtig oplysning ikke forelå. Selskabet kan dog ved skadesforsikring opsige forsikringen med en uges varsel, jf. FAL § 5.
- **Urigtig oplysning uden svig og uden god tro (§ 6):** Er forholdet hverken svig (§ 4) eller god tro (§ 5), reguleres retsfølgen af FAL § 6. Selskabet er *fri for ansvar*, hvis det kan antages, at det ikke ville have overtaget forsikringen med kendskab til det rette forhold (stk. 1). Ville selskabet derimod have tegnet forsikringen, men på andre vilkår, hæfter det efter *pro rata-princippet* – dvs. i det omfang, det mod den aftalte præmie ville have forpligtet sig (stk. 2).
- **Undladelse af at give oplysning (§ 7):** Har forsikringstageren *undladt* at oplyse om et forhold (i modsætning til aktivt at have givet en urigtig oplysning), har dette ingen indflydelse på selskabets ansvar, *medmindre* forsikringstageren burde være klar over, at omstændigheden var af betydning, og undladelsen kan tilregnes som *grov uagtsomhed*. I så fald sidestilles forholdet med urigtig oplysning efter FAL § 7, jf. § 6.

Som Højesteret bemærkede i BS-34778/2023-HJR, er §§ 6 og 7 *udfyldende regler*, der gælder, hvis ikke andet er aftalt, jf. FAL § 3 og FAL § 10. Selskabet behøver altså ikke at have taget specifikt forbehold i forsikringsaftalen for at påberåbe sig disse bestemmelser.

LOV Forsikringsaftaleloven § 3 · Forsikringsaftaleloven § 4 · Forsikringsaftaleloven § 5 · Forsikringsaftaleloven § 6, stk. 1-2 · Forsikringsaftaleloven § 7 · Forsikringsaftaleloven § 10

PRAKSIS **Højesteret** · Forsikringsselskabs adgang til regres og tilbagebetaling ved urigtige risikooplysninger om bilens faste bruger 19.02.2024

§ 2 Lempelsesreglen i § 6, stk. 3 – forbrugerbeskyttelse ved urigtige oplysninger

Ved en lovændring i 2003 (med ikrafttræden 1. juli 2004) blev FAL § 6, stk. 3 indsat som en ny lempelsesregel for forbrugerforsikringer og personforsikringer. Ændringen bygger på betænkning nr. 1423/2002 om forsikringsaftaleloven.

Reglen giver mulighed for i *særlige tilfælde* at se helt eller delvist bort fra, at forsikringstageren har afgivet urigtige oplysninger. Lempelsesreglen gælder dog ikke, når der er udvist svig efter § 4.

Forarbejderne til bestemmelsen beskriver den som:

> *En »sikkerhedsventil«, der med henblik på helt særlige (enkeltstående) tilfælde skal sikre, at anvendelsen af § 6, stk. 1-2, ikke fører til resultater for forsikringstageren/sikrede, som virker urimelige.*

Ved vurderingen af om lempelsesreglen skal anvendes, angiver loven tre kriterier:

- **Årsagssammenhæng:** Om det forhold, hvorom der er givet urigtig oplysning, må antages at have haft indflydelse på forsikringsbegivenhedens indtræden eller skadens størrelse. Manglende årsagssammenhæng taler *i sig selv* ikke særligt for at anvende lempelsesreglen, men *tilstedeværelse* af årsagssammenhæng vil normalt *udelukke* den.
- **Uagtsomhedens grad:** Lempelsesreglen vil i almindelighed kun kunne anvendes ved *ringe uagtsomhed*, dvs. tilfælde hvor det i særlig grad er undskyldeligt, at forsikringstageren har afgivet urigtige oplysninger. Forarbejderne nævner som eksempel, at forsikringstageren ved en forglemmelse undlader at oplyse om en lægeundersøgelse eller hospitalsindlæggelse flere år før forsikringstegningen.
- **Tidsforløb:** Jo længere tid der er forløbet mellem forsikringens tegning og forsikringsbegivenhedens indtræden, desto stærkere taler det for at anvende lempelsesreglen – forsikringstageren har i en længere periode betalt præmien i forventning om at have en bestemt dækning.

Forarbejderne præciserer endvidere, at selskabets *spørgsmål* har betydning: har forsikringstageren ikke svaret fyldestgørende på et bredt og måske upræcist formuleret spørgsmål, taler det i højere grad for lempelse, end hvis der er givet et urigtigt svar på et klart og enkelt spørgsmål. Der kan også lægges vægt på, om forsikringstageren er blevet vejledt af en repræsentant for selskabet forud for udfyldelsen af forsikringsbegæringen.

Reglen er gjort til en ufravigelig forbrugerbeskyttelse ved forbrugerforsikringer, jf. FAL § 10, stk. 1.

LOV Forsikringsaftaleloven § 6, stk. 3 · Forsikringsaftaleloven § 10, stk. 1

§ 3 Højesterets principielle afgørelse om urigtige risikooplysninger og regres (2024)

I Højesterets dom af 19. februar 2024, BS-34778/2023-HJR, tog Højesteret principiel stilling til flere centrale spørgsmål om FAL §§ 6-7.

Sagen drejede sig om en forsikringstager (A), der tegnede ansvars- og kaskoforsikring for en personbil hos Alm. Brand Forsikring A/S. A's datter (B) var fast bruger af bilen, men dette blev ikke oplyst til selskabet. B var som fører involveret i to færdselsuheld, og selskabet udbetalte erstatning, men krævede efterfølgende regres og tilbagebetaling.

Højesteret fastslog følgende principielle punkter:

- **Grov uagtsomhed efter § 7:** A's undladelse af at oplyse om datterens brug af bilen måtte tilregnes ham som groft uagtsomt. A burde have været klar over, at oplysningen om bilens faktiske bruger var af betydning for selskabets risikovurdering. Forholdet blev herefter bedømt som urigtig oplysning efter FAL § 7, jf. § 6.
- **Pro rata-opgørelse:** Da selskabet antageligt ville have tilbudt forsikring på andre vilkår (med en højere præmie for den yngre faktiske bruger), hæftede det efter § 6, stk. 2, kun i det omfang, det mod den aftalte præmie ville have forpligtet sig.
- **Regres og tilbagebetaling uden aftale:** Højesteret fastslog, at det *følger af almindelige forsikringsretlige principper*, at selskabet kan gøre regres og kræve tilbagebetaling ved urigtige risikooplysninger. Det var uden betydning, at forsikringsbetingelserne ikke specifikt nævnte denne type regres.
- **Udfyldende regler:** §§ 6 og 7 er udfyldende regler, jf. § 3 og § 10. Selskabet behøver ikke at have taget forbehold for at påberåbe sig begrænsninger i hæftelsen.
- **Færdselslovens § 108, stk. 2 irrelevant:** Højesteret tiltrådte, at færdselslovens § 108, stk. 2 efter ordlyd og forarbejder er uden betydning for regres begrundet i urigtige risikooplysninger. Bestemmelsen regulerer alene regres begrundet i den ansvarliges fremkaldelse af forsikringsbegivenheden.

Dommen er en principiel afgørelse, der bekræfter selskabets vidtgående adgang til at gøre mangelfulde risikooplysninger gældende som grundlag for både nedsættelse af dækning og efterfølgende regres/tilbagebetaling.

LOV Forsikringsaftaleloven § 6, stk. 1-2 Forsikringsaftaleloven § 7 Færdselsloven § 108, stk. 2

PRAKSIS **Højesteret** · Forsikringsselskabs adgang til regres og tilbagebetaling ved urigtige risikooplysninger om bilens faste bruger 19.02.2024

§ 4 Bilforsikring: Urigtige oplysninger om bilens faktiske bruger

Den mest hyppige praksis om oplysningspligt vedrører bilforsikring, hvor forsikringstageren har undladt at oplyse, at den faktiske bruger af bilen er en anden end den registrerede ejer – typisk et yngre familiemedlem. Præmien for unge førere er markant højere, og omgåelse via registrering på forældres navn er et tilbagevendende tema.

I 100563 fra Ankenævnet for Forsikring (2025) havde klagerens barn købt og indregistreret en bil, hvorefter klageren omregistrerede den i eget navn og tegnede forsikring. Præmien faldt fra ca. 13.600 kr. til ca. 5.763 kr. årligt. Blot en uge efter tegningen kørte barnet galt og totalskadede bilen. Ankenævnet fandt, at der var tale om urigtige risikooplysninger og beregnede pro rata-dækning baseret på forholdet mellem den betalte og den korrekte præmie.

I 100981 (2024) havde forsikringstageren svaret "nej" til spørgsmålet om at have haft mere end tre skader de seneste tre år, selvom hun reelt havde haft 8 hundeforsikringsskader og i alt 15 skader hos andre selskaber. Ankenævnet fandt, at selskabet var berettiget til at ophæve hundesygeforsikringerne, da det ikke ville have tegnet disse forsikringer med kendskab til den korrekte skadehistorik.

Praksis viser et klart mønster:

Situation	Typisk retsfølge
Forsikringstager er faktisk bruger, anden bruger angivet	Pro rata-nedsættelse (§ 6, stk. 2)
Barn registreret på forælders navn for at spare præmie	Pro rata + evt. regres (§ 7 jf. § 6)
Forsikringstageren oplyser forkert skadehistorik	Ophævelse (§ 4 ved svig) eller afvisning (§ 6, stk. 1)
Forsikringstageren ikke vidende om forkert oplysning	Selskabet hæfter fuldt ud (§ 5)

LOV Forsikringsaftaleloven § 6, stk. 1-2 · Forsikringsaftaleloven § 7

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Pro rata-erstatning ved urigtige oplysninger om ejer-/brugerforhold på bilforsikring 05.02.2025

Ankenævnet for Forsikring · Opsigelse af hundesygeforsikring og præmiestigning på bilforsikring grundet urigtige risikooplysninger 27.11.2024

§ 5 Personforsikring: Fortielse af helbredsoplysninger

Ved livs-, syge-, ulykkes- og erhvervsevnetabsforsikring udfylder forsikringstageren typisk en helbredserklæring, hvor der stilles en række konkrete spørgsmål om helbredsforhold, lægebesøg, medicinbrug og hospitalsindlæggelser. Urigtige eller ufuldstændige svar bedømmes efter §§ 4-7 med den skærpende omstændighed, at spørgsmålene typisk er klare og specifikke.

I 102165 (2025) tegnede en forsikringstager erhvervsevnetabsforsikring hos Nordea Pension, hvor hun i helbredserklæringen oplyste at være fuldt arbejdsdygtig uden væsentlige helbredsproblemer inden for de seneste ti år. Efter en arbejdsulykke opdagede selskabet, at hun havde haft tidligere ryg- og nakkesmerter, en nyresten og en sygemelding grundet belastningsreaktion kort før tegningen. Selskabet afviste dækning efter FAL § 6, stk. 1, da en vurdering fra Videncenter for Helbred & Forsikring viste, at forsikringen ikke ville være tegnet med kendskab til disse oplysninger. Forsikringstageren henviste til sproglige og læsemæssige vanskeligheder, men dette blev ikke anset for tilstrækkeligt til at fritage for ansvar.

I 100902 (2024) havde en forsikringstager tegnet forsikring for kritiske sygdomme hos AP Pension og svaret "nej" til, om han inden for de seneste tre år havde været undersøgt eller behandlet hos læge. I virkeligheden havde han to måneder før tegningen haft konsultationer vedrørende forhøjet blodtryk (155/104) og forhøjet kolesterol (6,6). Tre år senere blev han ramt af en hjerneblødning. Ankenævnet fandt annulleringen berettiget – forsikringstageren erkendte, at oplysningerne ikke var korrekte, men anførte at han ikke anså forhøjet blodtryk

og kolesterol som en "sygdom". Nævnet lagde vægt på, at spørgsmålene i helbredserklæringen var klare og direkte.

Praksis illustrerer, at:

- Forsikringstageren bærer risikoen for at oplyse korrekt om helbredsforhold – også forhold, som den pågældende subjektivt anser for "mindre" eller "forbigående"
- Sproglige vanskeligheder eller manglende forståelse af spørgsmål er som udgangspunkt ikke tilstrækkeligt til at fritage fra ansvar
- Selskabet skal dokumentere, at forsikringen ikke ville være tegnet (§ 6, stk. 1) eller ville være tegnet på andre vilkår (stk. 2), typisk ved en vurdering fra Videncenter for Helbred & Forsikring

LOV Forsikringsaftaleloven § 4 Forsikringsaftaleloven § 6, stk. 1

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Afslag på erhvervsevnetabsforsikring grundet fortielse af helbredsoplysninger 05.03.2025

Ankenævnet for Forsikring · Berettiget annullering af forsikring ved kritisk sygdom som følge af uagtsomt afgivne urigtige helbredsoplysninger om blodtryk og kolesterol 06.03.2024

§ 6 Svig efter § 4: Ophævelse med tilbagevirkende kraft

Svigbestemmelsen i FAL § 4 kræver, at forsikringstageren *svigagtigt* – dvs. forsætligt og bevidst – har givet urigtig oplysning eller fortiet en omstændighed af betydning for selskabet. Konsekvensen er den mest vidtgående: forsikringsaftalen er *ikke bindende* for selskabet, og der er således ingen dækning overhovedet. Selskabet kan tillige kræve allerede udbetalte erstatninger tilbagebetalt.

I 100314 (2024) påberåbte Sønderjysk Forsikring sig § 4 som grundlag for at annullere samtlige forsikringer (ulykkes-, bil-, familie- og husforsikring) med tilbagevirkende kraft. Selskabet opdagede ved en stikprøvekontrol, at forsikringstagerens tidligere husforsikring var blevet ændret til kun at omfatte branddækning, og at der var anmeldt skader, som ikke var oplyst ved tegningen. Ankenævnet fandt imidlertid, at selskabet *ikke* havde løftet bevisbyrden for svig, og at ophævelsen derfor var uberettiget. Sagen illustrerer, at den høje bevistærskel for svig kan være vanskelig at nå – det er ikke tilstrækkeligt at konstatere urigtige oplysninger; selskabet skal godtgøre, at de var afgivet med forsæt til vildledning.

I 102334 (2025) afviste selskabet dækning for et bådtyveri, da bådens skroghummer viste sig at være falsk. Forsikringstageren hævdede at handle i god tro efter FAL § 4. Sagen illustrerer grænsefladen mellem svig og god tro ved forsikringstegning – det er ikke tilstrækkeligt at påberåbe sig god tro, når objektive omstændigheder (falsk identitetsmærkning) indikerer, at forsikringsobjektet ikke er lovligt erhvervet.

Afgrænsningen mellem § 4 (svig) og § 6 (urigtig oplysning uden svig) har stor praktisk betydning:

- Ved **svig** (§ 4): Aftalen er *ikke bindende* – selskabet kan ophæve med tilbagevirkende kraft og kræve alt tilbagebetalt. Lempelsesreglen i § 6, stk. 3 kan *ikke* anvendes.
- Ved **simpel uagtsomhed** (§ 6): Selskabet kan nedsætte dækningen pro rata, men aftalen består. Lempelsesreglen i § 6, stk. 3 *kan* finde anvendelse ved forbrugerforsikringer og personforsikringer.

LOV Forsikringsaftaleloven § 4 Forsikringsaftaleloven § 6, stk. 1, 3

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning for bådtyveri: Tvist om falsk skroghummer og manglende bevis for forsikringsobjektets identitet 22.10.2025

Ankenævnet for Forsikring · Uberettiget ophævelse af forsikringer efter påståede urigtige risikooplysninger om tidligere skadesforløb og husets tilstand 29.05.2024

§ 7 Pro rata-princippet og beregning af nedsat dækning

Når forsikringsselskabet ville have tegnet forsikringen, men på andre vilkår (typisk med en højere præmie), hæfter det efter FAL § 6, stk. 2 kun *pro rata* – dvs. i det omfang, det mod den aftalte præmie ville have forpligtet sig.

Pro rata-beregningen foretages som forholdet mellem den betalte præmie og den præmie, selskabet ville have opkrævet med kendskab til de korrekte oplysninger. Har forsikringstageren betalt 5.000 kr. i præmie, men den korrekte præmie ville have været 10.000 kr., er selskabet kun forpligtet til at dække 50 % af erstatningen.

I 100556 (2024) var spørgsmålet, om en heltidsulykkesforsikring tegnet som studerende dækkede en arbejdsulykke, der indtraf efter at forsikringstageren havde påbegyndt erhvervsarbejde med mere end 10 timer om ugen uden at oplyse selskabet. Nævnet vurderede, at der forelå urigtige risikooplysninger, og at dækningen skulle nedsættes pro rata i overensstemmelse med den præmie, der ville have været opkrævet for en forsikring, der også omfattede erhvervsarbejde.

Pro rata-opgørelsen bygger typisk på følgende formel:

> *Erstatning = Fuldt opgjort erstatning × (betalt præmie / korrekt præmie)*

Selskabet bærer bevisbyrden for, hvilken præmie der ville have været opkrævet, hvis de korrekte oplysninger havde foreligget. I praksis dokumenterer selskabet dette med interne præmietariffer og antagelsesregler.

LOV `Forsikringsaftaleloven § 6, stk. 2`

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · GF-Forsikring: Afvisning af dækning for arbejdsskade under heltidsulykkesforsikring - Spørgsmål om pro rata-erstatning 15.05.2024

§ 8 Selskabets undersøgelsespligt og processuelle garantier

Bekendtgørelse om undersøgelser foretaget af forsikringsselskaber (BEK nr. 1582 af 18. december 2024) regulerer de processuelle rammer, når et forsikringsselskab undersøger, om der er afgivet urigtige risikooplysninger. Bekendtgørelsen stiller bl.a. krav om, at selskabet – før det træffer endelig beslutning om helt eller delvist afslag på forsikringsdækning – skal:

- fremlægge de indsamlede oplysninger for skadelidte
- informere skadelidte om selskabets umiddelbare vurdering
- give skadelidte mulighed for at komme med sine bemærkninger inden for en frist på minimum 4 uger

Disse krav udgør processuelle garantier, der beskytter forsikringstageren mod at blive mødt med uventede afvisninger uden forudgående indsigt i det materiale, som selskabet baserer sin beslutning på.

Selskabet bærer endvidere den materielle bevisbyrde for:

- at forsikringstageren har afgivet urigtige oplysninger
- at de urigtige oplysninger var af betydning for selskabets risikovurdering
- at selskabet ikke ville have tegnet forsikringen (§ 6, stk. 1) eller ville have tegnet den på andre vilkår (§ 6, stk. 2), hvis de korrekte oplysninger havde foreligget

Praksis fra Ankenævnet for Forsikring viser, at selskaber der ikke lever op til denne bevisbyrde, kan få underkendt deres afvisninger – som illustreret i 100314, hvor nævnet fandt selskabets ophævelse uberettiget.

Selskabets spørgsmåls udformning spiller også en rolle i den materielle bedømmelse. Forarbejderne til § 6, stk. 3 peger på, at upræcise eller brede spørgsmål kan tale for anvendelse af lempelsesreglen, mens klare og direkte spørgsmål skærper forsikringstagerens ansvar for at svare korrekt.

LOV Forsikringsaftaleloven § 6, stk. 1-3

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Uberettiget ophævelse af forsikringer efter påståede urigtige risikooplysninger om tidligere skadesforløb og husets tilstand 29.05.2024

§ 9 Sammenfatning og retspolitisk perspektiv

FAL §§ 4-7 udgør et velfungerende gradueret system, hvor retsfølgen tilpasses forsikringstagerens subjektive forhold. Systemet balancerer to modsatrettede hensyn: selskabets behov for at kunne stole på de oplysninger, der ligger til grund for præmieberegning og risikovurdering, og forsikringstagerens berettigede forventning om at have den dækning, der er betalt for.

Den centrale praksis viser følgende mønstre:

- **Svig (§ 4)** statueres sjældent – selskabet skal godtgøre forsæt, og bevisbyrden er høj
- **Urigtige oplysninger (§ 6)** er den oftest påberåbte bestemmelse, med pro rata-nedsættelse som den typiske retsfølge
- **Undladelse (§ 7)** kræver grov uagtsomhed – men Højesteret har i den principielle dom BS-34778/2023-HJR vist, at tærsklen kan nås i praksis, navnlig ved bilforsikring
- **Lempelsesreglen i § 6, stk. 3** fungerer som sikkerhedsventil, men er tænkt til undtagelsestilfælde og ikke til generelt at fravige §§ 6-7

De hyppigste tvisttyper fordeler sig på:

- **Bilforsikring:** Urigtige oplysninger om bilens faktiske bruger (typisk unge førere registreret på forældres navn)
- **Personforsikring:** Fortielse af helbredsoplysninger ved tegning af livs-, syge- eller ulykkesforsikring
- **Skadesforsikring:** Urigtige oplysninger om skadehistorik eller risikofaktorer

Højesterets dom fra februar 2024 har styrket selskabets retsstilling markant ved at fastslå, at §§ 6-7 er udfyldende regler, og at selskabet kan gøre regres gældende efter almindelige forsikringsretlige principper – også uden specifik aftale. Samtidig sikrer lempelsesreglen i § 6, stk. 3 og den processuelle beskyttelse i bekendtgørelsen om undersøgelser foretaget af forsikringsselskaber, at forsikringstageren ikke vilkårligt kan fratages sin dækning.

LOV Forsikringsaftaleloven § 4 | Forsikringsaftaleloven § 6, stk. 1-3 | Forsikringsaftaleloven § 7

PRAKSIS **Højesteret** · Forsikringsselskabs adgang til regres og tilbagebetaling ved urigtige risikooplysninger om bilens faste bruger 19.02.2024

REFERENCE Lovgrundlag

6 paragraffer

Forsikringsaftaleloven § 3	Forsikringsaftaleloven § 4
Forsikringsaftaleloven § 5	Forsikringsaftaleloven § 6 stk. 1-3
Forsikringsaftaleloven § 7	Forsikringsaftaleloven § 10 stk. 1

MATERIALE Citerede afgørelser

8 afgørelser

HØJESTERET · ØVERSTE INSTANS 1

19.02.2024	Forsikringsselskabs adgang til regres og tilbagebetaling ved urigtige risikooplysninger om bilens faste bruger	bs-34778-2023-hjr

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS 7

22.10.2025	Afvisning af dækning for bådtyveri: Tvist om falsk skroghummer og manglende bevis for forsikringsobjektets identitet	102334
05.03.2025	Afslag på erhvervsevnetabsforsikring grundet fortielse af helbredsoplysninger	102165
05.02.2025	Pro rata-erstatning ved urigtige oplysninger om ejer-/brugerforhold på bilforsikring	100563
27.11.2024	Opsigelse af hundesygeforsikring og præmiestigning på bilforsikring grundet urigtige risikooplysninger	100981
29.05.2024	Uberettiget ophævelse af forsikringer efter påståede urigtige risikooplysninger om tidligere skadesforløb og husets tilstand	100314
15.05.2024	GF-Forsikring: Afvisning af dækning for arbejdsskade under heltidsulykkesforsikring - Spørgsmål om pro rata-erstatning	100556
06.03.2024	Berettiget annullering af forsikring ved kritisk sygdom som følge af uagtsomt afgivne urigtige helbredsoplysninger om blodtryk og kolesterol	100902

FORARBEJDE Betænkninger

1 reference

Forsikringskommissionens Betænkning III, Bind 1

nr. 737 · 1975 · Handelsministeriet

23 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over patientforsikring og patienterstatning (KEL §§ 19-58)

Ansvarsgrundlag, årsagssammenhæng og domstolsprøvelse efter KEL §§ 19-58

Version 2 Opdateret 27. jun. 2026 16 afgørelser · 2016–2026 Læs online

INTRODUKTION

Patienterstatningsordningen – i dag reguleret i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (KEL) kapitel 3 – giver patienter ret til erstatning for behandlingsskader efter et objektivt ansvarsgrundlag, der ikke forudsætter skyld hos sundhedspersonen. De fire ansvarsgrundlag i KEL § 20, stk. 1, nr. 1-4, udgør kernen i ordningen: specialistmålestokken, apparaturfejl, den alternative behandlingsmetode og rimelighedsreglen (tålegrænsen). Retspraksis fra Højesteret, landsretterne og Ankenævnet for Patienterstatningen har i de seneste år afklaret væsentlige spørgsmål om fortolkningen af tålegrænsen, kravet om årsagssammenhæng – herunder bevislempelse og samvirkende skadesårsager – og de processuelle betingelser for domstolsprøvelse af Ankenævnets afgørelser.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Patienterstatning ydes efter et objektivt ansvarsgrundlag uden krav om skyld hos sundhedspersonen – det er tilstrækkeligt, at skaden med overvejende sandsynlighed kunne være undgået ved anden behandling.

02 Specialistmålestokken (KEL § 20, stk. 1, nr. 1) erstatter den traditionelle culparegel med en vurdering af, hvad en erfaren specialist ville have gjort under de konkrete omstændigheder.

03 Rimelighedsreglen/tålegrænsen (KEL § 20, stk. 1, nr. 4) giver erstatning for sjældne og alvorlige komplikationer, der går ud over, hvad patienten med rimelighed må tåle – vurderet i forhold til den normale behandlings risikoprofil, ikke grundsygdommens farlighed.

04 Bevislempelse kan finde sted, når der klart er begået en ansvarspådragende fejl, fejlen forøger risikoen for en bestemt skade, og skaden faktisk er indtrådt – beviskravet nedsættes da fra overvejende sandsynlighed til en vis større sandsynlighed.

05 Ved samvirkende skadesårsager kan der ikke stilles krav om, at fejlbehandlingen har været hovedårsagen til den indtrådte skade – det er tilstrækkeligt, at fejlen var en nødvendig betingelse for skadens indtræden.

06 Forældelsesfristen for patientskadekrav løber fra det tidspunkt, hvor patienten fik eller burde have fået kendskab til skaden og dens mulige sammenhæng med behandlingen – ikke fra selve skadetidspunktet.

07 Rentekrav i patientskadesager forældes efter forældelseslovens almindelige regler, ikke efter KEL's særlige forældelsesregler for erstatningskrav.

08 Begrænsningen af ressourcereglen ved kræftscreeninger (KEL § 20, stk. 2) sikrer, at manglende overholdelse af screeningsforpligtelser ikke kan undsiges med ressourcemæssige begrænsninger.

09 Patienterstatningens afgørelser kan indbringes for Ankenævnet for Patienterstatningen, og Ankenævnets afgørelser kan prøves ved domstolene, der lægger afgørende vægt på Retslægerådets udtalelser.

10 Erstatning for advokatbistand ydes kun helt undtagelsesvist, idet Patienterstatningen arbejder efter officialprincippet og selv skal oplyse sagerne.

§ 1 Lovgrundlag og ordningens opbygning

Patienterstatningsordningen har sin oprindelse i lov nr. 367 af 6. juni 1991 om patientforsikring, der blev integreret i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (KEL) ved reformen i 2007. Seneste lovbekendtgørelse er LBK nr. 1250 af 2025.

Anvendelsesområdet er fastlagt i KEL § 19, der giver erstatning til patienter, som her i landet påføres skade i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende foretaget på sygehuse, af sundhedspersoner som led i den præhospitale indsats, på universiteternes tandlægeskoler, eller af Sundhedsstyrelsen. Ved lov nr. 314 af 25. april 2018 blev dækningen udvidet til al behandling udført af sundhedspersoner, uanset hvor behandlingen sker (KEL § 19, stk. 2). Personer der deltager i sundhedsvidenskabelige forsøg og donorer er sidestillet med patienter (§ 19, stk. 3).

De fire ansvarsgrundlag er opregnet i KEL § 20, stk. 1, og erstatning ydes, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af følgende måder:

Nr.	Ansvarsgrundlag	Populær betegnelse
1	Erfaren specialist ville have handlet anderledes	Specialistmålestokken
2	Fejl eller svigt i teknisk apparatur	Apparaturreglen
3	Skaden kunne være undgået med anden ligeværdig behandlingsmetode	Metodereglen
4	Sjælden og alvorlig komplikation ud over hvad patienten med rimelighed må tåle	Rimelighedsreglen/tålegrænsen

KEL § 21 begrænser erstatningen for diagnosefejl til tilfælde omfattet af § 20, stk. 1, nr. 1 og 2, og udelukker i stk. 3 skader, der skyldes egenskaber ved lægemidler (lægemiddelskader reguleres særskilt i KEL §§ 38-58).

Institutionel opbygning: Patienterstatningen (tidligere Patientforsikringsforeningen) behandler erstatningskrav i første instans (KEL § 33). Afgørelser kan indbringes for Ankenævnet for Patienterstatningen (KEL § 35), hvis forretningsorden er fastsat i bekendtgørelse om forretningsorden for Ankenævnet for Patienterstatningen. Ordningen finansieres af regioner, forsikringsselskaber og staten via bidragspligten i bekendtgørelse om finansiering.

`Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 19, stk. 1`

LOV Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 20, stk. 1

Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 21

Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 33

§ 2 Specialistmålestokken – KEL § 20, stk. 1, nr. 1

Det mest anvendte ansvarsgrundlag er specialistmålestokken i KEL § 20, stk. 1, nr. 1. Erstatning ydes, hvis det må antages, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes, hvorved skaden ville være undgået.

Som Vejledning om erstatningskriterier i patientforsikringsloven forklarer:

> *Med denne »specialistregel« er den almindelige »gode læge«, der ligger til grund for den hidtil gældende culpa-regel blevet udskiftet med den »bedste læge«, defineret som en erfaren specialist. Det er således ikke nogen betingelse, at behandlingen kan bebrejdes den konkrete læge eller andre som en fejl eller forsømmelse.*

Formuleringen "under de i øvrigt givne forhold" indebærer, at der tages hensyn til de ressourcemæssige begrænsninger, hvorunder behandlingen fandt sted. Denne ressourceklausul blev dog begrænset ved en ændringslov af 18. december 2019, der indsatte KEL § 20, stk. 2, hvorefter ressourcemæssige begrænsninger ikke kan påberåbes i sager om manglende overholdelse af screeningsforpligtelser efter sundhedslovens §§ 85-85 b. Formålet var at sikre erstatning for skader som følge af forsinket indkaldelse til kræftscreening.

I Højesterets dom af 11. september 2024, BS-2601/2024-HJR, fandt retten, at manglende etablering af psykiatrisk opfølgning og manglende overvejelse af psykiatrisk tilsyn inden udskrivelse var i strid med specialiststandarden. Retslægerådet fastslog, at behandlingen ikke var i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer. Tilsvarende fandt Højesteret i BS-49638/2025-HJR af 22. juni 2026, at manglende blodsukkermålinger efter en amputation udgjorde en tilsidesættelse af specialiststandarden.

LOV Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 20, stk. 1, 2

PRAKSIS **Højesteret** · Højesteret: Årsagssammenhæng ved samvirkende skadesårsager mellem behandlingsudløst ketoacidose og demenslignende tilstand (patientskade) 22.06.2026

Højesteret · Afslag på patienterstatning for selvmord trods lægefaglige fejl: Spørgsmålet om bevislempelse og årsagssammenhæng 11.09.2024

§ 3 Rimelighedsreglen/tålegrænsen – KEL § 20, stk. 1, nr. 4

Rimelighedsreglen i KEL § 20, stk. 1, nr. 4 udgør ordningens "opsamlingsnet" for uundgåelige skader: erstatning ydes, hvis der som følge af undersøgelse eller behandling indtræder komplikationer, der er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle.

Vejledning om erstatningskriterier i patientforsikringsloven beskriver kriterierne:

> *Det væsentlige ved denne vurdering er, om der som følge af behandlingen er indtrådt en skade af en sådan alvor, at det giver et udtalt misforhold i relation til grundsygdommens alvor og de forventelige normale følger af behandlingen imod denne.*

Højesteret afklarede fortolkningen i den principielle dom af 19. september 2025 i BS-8955/2025-HJR (CRPS efter kattebid). En kvinde udviklede CRPS (refleksdystrofi) efter behandling for et inficeret kattebid. Sandsynligheden for at udvikle CRPS blev estimeret til under 2 %. Spørgsmålet var, om skaden gik ud over, hvad patienten med rimelighed måtte tåle.

Flertallets (4 dommere) afgørende præmis: Tålegrænsen skal vurderes i forhold til de *normale, forventelige følger af den nødvendige behandling* – ikke grundsygdommens farlighed. Selvom et ubehandlet kattebid potentielt kan medføre sepsis og død, er selve behandlingen (antibiotika og mindre kirurgi) ukompliceret og banal. Det var derfor urimeligt, at patienten skulle tåle en invaliderende og sjælden komplikation som CRPS.

Mindretallet (1 dommer) mente, at udgangspunktet for tålegrænsen burde være farligheden ved den ubehandlede grundsygdom, og at patienten derfor måtte acceptere selv sjældne og alvorlige komplikationer.

Dommen fastslog en afgørende fortolkningslinje: vurderingen af, hvad patienten med rimelighed må tåle, tager udgangspunkt i den *konkrete behandlings* risikoprofil, ikke i den underliggende sygdoms alvorlighedsgrad.

LOV `Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 20, stk. 1`

PRAKSIS **Højesteret** · Højesterets dom om erstatning for CRPS efter behandling af kattebid 19.09.2025

§ 4 Årsagssammenhæng, bevislempelse og samvirkende skadesårsager

Kravet om årsagssammenhæng – at skaden med *overvejende sandsynlighed* (over 50 %) kunne være undgået – er den mest omdiskuterede betingelse i patienterstatningsretten. Tre nyere højesteretsdomme har afklaret væsentlige delspørgsmål.

Bevislempelse ved klare behandlingsfejl

I BS-2601/2024-HJR (selvmord efter fødsel) fastslog Højesteret det generelle princip:

> *Betingelsen om, at skaden med overvejende sandsynlighed kunne være undgået, kan efter omstændighederne anses for opfyldt, selv om der ikke består en overvejende, men alene en vis større sandsynlighed for årsagssammenhæng (bevislempelse). Dette kan navnlig være tilfældet, når der klart er begået en ansvarspådragende fejl, når fejlen forøger risikoen for en bestemt skade, og når en sådan skade faktisk er indtrådt.*

I den konkrete sag var der klart begået ansvarspådragende fejl (manglende psykiatrisk opfølgning og tilsyn), men Retslægerådet kunne ikke angive nogen sandsynlighed for, om tilsyn havde forhindret selvmordet. Højesteret fandt, at bevisbyrden ikke var løftet – end ikke efter bevislempelse. Østre Landsret var nået til samme resultat i BS-30466/2022-OLR.

Forsinket kræftdiagnosticering

I BS-51039/2023-HJR af 29. maj 2024 afviste Højesteret erstatning for en forsinket lungekræftdiagnose. Retslægerådet fandt, at kræften mest sandsynligt allerede var uhelbredelig, da fejlen blev begået, og at kemoterapi ikke havde haft nogen effekt. Bevisbyrden var ikke løftet, hverken efter det almindelige beviskrav eller det lempede.

Samvirkende skadesårsager

I den seneste dom, BS-49638/2025-HJR af 22. juni 2026, fastslog Højesteret et vigtigt princip for samvirkende skadesårsager. En patient udviklede ketoacidose (syreforgiftning) og efterfølgende en demenslignende tilstand efter manglende blodsukkermålinger i forbindelse med en benamputation. Retslægerådet fandt, at tilstanden med overvejende sandsynlighed skyldtes en kombination af ketoacidosen og andre årsager, og at begge var nødvendige betingelser.

Højesteret udtalte:

> *Højesteret bemærker herved, at der ved samvirkende skadesårsager ikke kan stilles krav om, at fejlbehandlingen har været hovedårsagen til den indtrådte skade.*

Dommen understreger, at det ved samvirkende årsager er tilstrækkeligt, at behandlingsfejlen var en *nødvendig betingelse* for skaden – den behøver ikke at have været hovedårsagen.

LOV `Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 20, stk. 1`

PRAKSIS

Højesteret · Højesteret: Årsagssammenhæng ved samvirkende skadesårsager mellem behandlingsudløst ketoacidose og demenslignende tilstand (patientskade)	22.06.2026
Højesteret · Afslag på patienterstatning for selvmord trods lægefaglige fejl: Spørgsmålet om bevislempelse og årsagssammenhæng	11.09.2024
Højesteret · Forsinket kræftdiagnosticering og kravet om årsagssammenhæng ved patienterstatning	29.05.2024
Landsretten · Ankenævnet for Patienterstatningen mod Boet efter Appelindstævnte	01.11.2023

§ 5 Forældelse og anmeldelsesfrist

Anmeldelsesfristen for patientskadekrav er reguleret i KEL's forældelsesregler. Den subjektive frist er 3 år fra det tidspunkt, hvor patienten fik eller burde have fået kendskab til skaden, og den absolutte frist er 10 år fra skadens indtræden.

I byretsdommen BS-5294/2017-ESB af 30. maj 2019 tog retten stilling til, hvornår kendskabet indtræder. Patienten havde fået stillet en kræftdiagnose i 2012, men først efter samtaler med andre patienter i 2015-2016 forstået, at der kunne være tale om en patientskade. Retten fandt, at kravet vedrørende forsinket diagnosticering hos egen læge *ikke* var forældet, fordi patienten først efter 2013 fik kendskab til, at en tidligere diagnosticering muligvis kunne have afværget skader. Derimod var kravet for komplikationer under en biopsi, som patienten allerede i juli 2012 kendte til, forældet.

For **rentekrav** i patientskadesager fastslog Vestre Landsret i BS-31175/2022-VLR af 3. november 2023, at krav på renter er selvstændige krav, der *ikke* er omfattet af KEL's særlige forældelsesregler for erstatningskrav. Rentekrav forældes efter forældelseslovens almindelige regler. Retsvildfarelse – herunder ukendskab til den rette beregning af renter – medfører som udgangspunkt ikke suspension af forældelsen.

I den samme sag fastslog landsretten, at erstatning for advokatbistand kun ydes i helt særlige undtagelsestilfælde, idet Patienterstatningen arbejder efter officialprincippet (KEL § 33, stk. 1).

LOV `Forældelsesloven § 3, stk. 1`
`Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 33, stk. 1`

PRAKSIS

Landsretten · Forældelse af rentekrav og erstatning for advokatudgifter i patientskadesag	03.11.2023
Byretten · Sag om forældelse af krav på patientskadeerstatning	30.05.2019

§ 6 Modregning og tilbagesøgning i genoptagne patientskadesager

Når en patientskadesag genoptages, kan det medføre ændringer i hovedstol og renter, der aktualiserer spørgsmålet om modregning. KEL § 33 a, stk. 1 forbyder som udgangspunkt tilbagesøgning og modregning af allerede udbetalte erstatninger.

I BS-27256/2024-VLR af 16. juni 2025 tog Vestre Landsret stilling til det tidsmæssige anvendelsesområde for denne bestemmelse. Sagen angik en patient, der efter genoptagelse i kølvandet på **UfR 2021.1058/2 H** (rentesagen) fik tilkendt 110.234 kr. i yderligere renter, men samtidig fik hovedstolen nedsat med 76.950 kr. Regionen foretog modregning og udbetalte alene differencen.

Flertallet (to dommere) fastslog, at § 33 a, stk. 1, først trådte i kraft 1. juli 2018, og at bestemmelsen derfor ikke fandt anvendelse på afgørelser truffet *før* denne dato. Da de relevante afgørelser var truffet i april 2018, gjaldt de hidtidige regler om konneks modregning. Betingelserne for konneks modregning var opfyldt, da kravene udsprang af samme retsforhold.

En dommer udtalte dissens og lagde vægt på, at regionen havde udbetalt beløbene med standardiseret forbehold, men ikke fulgt op herpå i flere år, hvilket skabte en berettiget forventning hos patienten.

LOV `Erstatningsansvarsloven § 16, stk. 1`

`Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 33a, stk. 1`

PRAKSIS **Landsretten** · Vestre Landsrets dom om regionens adgang til modregning i efterbetalte renter efter genoptagelse af en patientskadesag 16.06.2025

§ 7 Domstolsprøvelse, vidneførelse og retshjælp

Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelser kan indbringes for domstolene, hvor Retslægerådets udtalelser tillægges afgørende bevismæssig vægt. I Sag 190/2016 af 20. december 2016 fastslog Højesteret, at en patient har ret til at føre en lægekonsulent fra den underordnede myndighed (Patienterstatningen) som vidne, selv om konsulentens erklæring ikke blev tillagt betydning af Ankenævnet, og der allerede foreligger en udtalelse fra Retslægerådet.

> *Selv om speciallægens erklæring ikke blev tillagt betydning ved behandlingen af sagen i Patientskadeankenævnet, og selv om der under den retlige behandling af sagen er indhentet en erklæring fra Retslægerådet, tiltræder Højesteret, at det ikke på forhånd kan udelukkes, at speciallæge Carsten Kock-Jensens forklaring som vidne kan have betydning for sagen.*

Retshjælpsdækning er et gennemgående praktisk problem i patientskadesager. Ankenævnet for Forsikring har i en række afgørelser – herunder sag 101529 af 26. juni 2024, sag 98828 af 7. juni 2023 og sag 101914 af 5. marts 2025 – fastslået, at kravet om "rimelig grund" til at føre retssag typisk ikke er opfyldt, når:

- Både Patienterstatningen og Ankenævnet har afvist kravet med udførlig begrundelse
- Der ikke er fremkommet nye lægelige oplysninger
- Tvistens økonomiske værdi er begrænset (fx under egetbidraget)

I sag 97814 af 16. november 2022 fastslog Ankenævnet for Forsikring, at den administrative rekursvej (klage til Ankenævnet for Patienterstatningen) skal være udtømt, før retshjælpsforsikringen dækker.

LOV Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 35

PRAKSIS
- **Højesteret** · Tilladelse til vidneførelse af lægekonsulent fra underordnet myndighed i sag om patientskade — 20.12.2016
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afslag på retshjælpsdækning til patientskadesag mod Ankenævnet for Patienterstatningen — 05.03.2025
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afslag på retshjælpsdækning til sagsanlæg mod Ankenævnet for Patienterstatningen i sag om operationskomplikation — 26.06.2024
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afslag på retshjælp til sag mod Ankenævnet for Patienterstatningen vedrørende behandlingsskade — 07.06.2023
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afslag på retshjælpsdækning til retssag mod Patienterstatningen grundet manglende udnyttelse af klageadgang — 16.11.2022

§ 8 Tandskadesager og samspil med privat forsikring

Tandskadesager behandles efter en særordning, hvor Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning er førsteinstans, og Tandskadeankenævnet fungerer som klageinstans, jf. bekendtgørelse om Tandskadeerstatningen. Denne ordning er adskilt fra den almindelige patienterstatningsordning.

I sag 100741 af 3. april 2024 afviste Ankenævnet for Forsikring retshjælpsdækning til en retssag mod Tandskadeankenævnet, idet to specialiserede instanser allerede havde foretaget en grundig vurdering af de lægelige akter og afvist kravet.

Samspillet mellem patienterstatningsordningen og private forsikringer illustreres i sag 102624 af 11. juni 2025. Her opstod en halskardissektion (karspaltning) under kiropraktorbehandling, der var godkendt som nødvendig behandling for en anerkendt faldulykke. Ankenævnet for Forsikring fastslog, at ulykkesforsikringen efter forsikringsbetingelserne skal dække mén fra behandlingsskaden, da behandlingen var en nødvendig følge af den dækkede ulykke. Sagen afvistes dog på grund af behov for nærmere bevisførelse, herunder forelæggelse for Retslægerådet.

For den nærmere opgørelse af erstatningsposterne – varigt mén, erhvervsevnetab, tabt arbejdsfortjeneste og svie og smerte – samt spørgsmålet om regres mellem patientforsikring og privat ansvars- eller sundhedsforsikring henvises til de respektive praksisoversigter.

PRAKSIS
- **Ankenævnet for Forsikring** · Dækning af behandlingsskade under ulykkesforsikring: Tvist om halskardissektion efter kiropraktorbehandling — 11.06.2025
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afslag på retshjælpsforsikring til retssag mod Tandskadeankenævnet vedrørende påstået fejlbehandling — 03.04.2024

§ 9 Sammenfatning af retspraksis og centrale udviklingslinjer

Retspraksis om patienterstatning viser en ordning i fortsat udvikling. De seneste års højesteretsdomme har afklaret centrale fortolkningsspørgsmål:

-

Tålegrænsen vurderes efter den konkrete behandlings risikoprofil, ikke grundsygdommens farlighed (CRPS-dommen, 2025).

- **Bevislempelse** kræver fortsat en positiv sandsynlighed for årsagssammenhæng – Retslægerådets udsagn om, at "det er ikke muligt at angive nogen sandsynlighed", er ikke tilstrækkeligt (selvmordssagen, 2024).
- **Samvirkende årsager** kan opfylde kausalitetskravet, når fejlbehandlingen var en nødvendig betingelse for skaden (ketoacidose-dommen, 2026).
- **Ressourcereglen** er begrænset ved kræftscreeninger fra 2020.
- **Forældelsesfristens begyndelse** forudsætter kendskab til skadens mulige sammenhæng med behandlingen.

Patienterstatningen arbejder efter officialprincippet, og domstolsprøvelse kræver i praksis forelæggelse for Retslægerådet, hvis de administrative instanser har afvist kravet. Adgangen til retshjælpsdækning er restriktiv: forsikringsselskaberne kræver som udgangspunkt nye lægelige oplysninger, før "rimelig grund" anses for opfyldt.

Der er ingen vedtagne men ikke-konsoliderede ændringer af KEL pr. 27. juni 2026.

LOV	Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 20, stk. 1	
PRAKSIS	**Højesteret** · Højesteret: Årsagssammenhæng ved samvirkende skadesårsager mellem behandlingsudløst ketoacidose og demenslignende tilstand (patientskade)	22.06.2026
	Højesteret · Højesterets dom om erstatning for CRPS efter behandling af kattebid	19.09.2025
	Højesteret · Afslag på patienterstatning for selvmord trods lægefaglige fejl: Spørgsmålet om bevislempelse og årsagssammenhæng	11.09.2024
	Højesteret · Forsinket kræftdiagnosticering og kravet om årsagssammenhæng ved patienterstatning	29.05.2024

REFERENCE Lovgrundlag

6 paragraffer

Erstatningsansvarsloven § 16	
Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 19	stk. 1
Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 20	stk. 1
Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 21	stk. 1
Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 33	
Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 33a	stk. 1

MATERIALE Citerede afgørelser

15 afgørelser

HØJESTERET · ØVERSTE INSTANS 5

22.06.2026	Højesteret: Årsagssammenhæng ved samvirkende skadesårsager mellem behandlingsudløst ketoacidose og demenslignende tilstand (patientskade)	10800-13866
19.09.2025	Højesterets dom om erstatning for CRPS efter behandling af kattebid	8955-2025
11.09.2024	Afslag på patienterstatning for selvmord trods lægefaglige fejl: Spørgsmålet om bevislempelse og årsagssammenhæng	bs-2601-2024-hjr

29.05.2024	Forsinket kræftdiagnosticering og kravet om årsagssammenhæng ved patienterstatning	5536-6627
20.12.2016	Tilladelse til vidneførelse af lægekonsulent fra underordnet myndighed i sag om patientskade	190-2016

LANDSRETTEN · ANKEINSTANS 3

16.06.2025	Vestre Landsrets dom om regionens adgang til modregning i efterbetalte renter efter genoptagelse af en patientskadesag	10320-12131
03.11.2023	Forældelse af rentekrav og erstatning for advokatudgifter i patientskadesag	4398-5278
01.11.2023	Ankenævnet for Patienterstatningen mod Boet efter Appelindstævnte	5667-6776

BYRETTEN · FØRSTE INSTANS 1

30.05.2019	Sag om forældelse af krav på patientskadeerstatning	1869-2225

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS 6

11.06.2025	Dækning af behandlingsskade under ulykkesforsikring: Tvist om halskardissektion efter kiropraktorbehandling	102624
05.03.2025	Afslag på retshjælpsdækning til patientskadesag mod Ankenævnet for Patienterstatningen	101914
26.06.2024	Afslag på retshjælpsdækning til sagsanlæg mod Ankenævnet for Patienterstatningen i sag om operationskomplikation	101529
03.04.2024	Afslag på retshjælpsforsikring til retssag mod Tandskadeankenævnet vedrørende påstået fejlbehandling	100741
07.06.2023	Afslag på retshjælp til sag mod Ankenævnet for Patienterstatningen vedrørende behandlingsskade	98828
16.11.2022	Afslag på retshjælpsdækning til retssag mod Patienterstatningen grundet manglende udnyttelse af klageadgang	97814

24 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over præ-eksisterende lidelser i sundheds- og ulykkesforsikring

Kausalitet, forværringsdoktrinen, oplysningspligt og bevisbyrde

Version 2 Opdateret 16. jul. 2026 41 afgørelser · 1998–2025 Læs online

INTRODUKTION

Undtagelsen for præ-eksisterende lidelser er den mest anvendte afvisningsgrund i dansk personforsikring, og den hviler ikke på én regel, men på tre lag: forsikringstidens afgrænsning i forsikringsaftaleloven § 120 og § 120 a, policernes egne undtagelsesklausuler om "forudbestående sygdom, sygdomsanlæg eller lidelse", og oplysningspligten i §§ 4-10. Praksis – navnlig fra Ankenævnet for Forsikring – viser et konsekvent mønster: den sikrede bærer bevisbyrden for årsagssammenhæng, degenerative forandringer og manglende strakssymptomer fører rutinemæssigt til afslag, og kun merinvaliditeten dækkes. Omvendt slår nævnet ned, når selskabet strækker en uklar undtagelse for vidt, eller når det afviser hele aftalen, hvor en klausul havde været tilstrækkelig.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Præ-eksisterende lidelser rammes ikke af én regel, men af tre selvstændige lag: forsikringstidens afgrænsning (FAL § 120 og § 120 a), policens undtagelsesklausuler og oplysningspligten i FAL §§ 4-10.

02 Efter skadesårsagsprincippet er en sygdom, hvis årsag ligger før forsikringens ikrafttræden, udækket – også selv om de skadelige følger først viser sig i forsikringstiden.

03 Tidspunktet for sygdommens opståen, ikke tidspunktet for diagnosen, afgør om en lidelse er præ-eksisterende.

04 FAL § 120 a lægger risikoen for urigtige eller ufuldstændige lægeerklæringer på selskabet – men kun når en læge eller anden sagkyndig har afgivet helbredsoplysninger med henblik på selskabets vurdering af netop den pågældende sygdom.

05 FAL § 120 a er præceptiv, men afskærer ikke aftalte karenstider, der blot udskyder forsikringstiden.

06 Bestemmelsen finder ikke anvendelse, hvor selskabet har nøjedes med forsikringstagerens egne helbredsoplysninger uden at indhente en sagkyndig erklæring.

07 Standardklausulen om forudbestående sygdom gælder efter sin ordlyd også, når lidelsen ikke har været symptomgivende før ulykken.

08 I privat ulykkesforsikring bærer den sikrede bevisbyrden for årsagssammenhæng – modsat formodningsreglen i arbejdsskadesikringslovens § 12, stk. 2, hvor myndigheden skal bevise det modsatte.

09 Manglende strakssymptomer og lang tid mellem hændelse og første lægekontakt vejer tungt imod årsagssammenhæng.

10 Kun merinvaliditeten dækkes: forudbestående mén fratrækkes, og en bestående lidelse kan aldrig bevirke, at méngraden ansættes højere.

11 Selskabet kan ikke alene støtte fradragets størrelse på egne lægekonsulenter, når Arbejdsmarkedets Erhvervssikring er rette instans til at vurdere omfanget af forudbestående degenerative forandringer.

12 Uagtsom fortielse af helbredsoplysninger fører kun til fuldt bortfald, hvis selskabet godtgør, at det slet ikke ville have tegnet forsikringen; ville det have tegnet med klausul, skal aftalen opretholdes med klausulen.

13 Uklare undtagelses- og fristbestemmelser fortolkes mod selskabet – skal en behandling være afsluttet inden for en frist, skal det fremgå "endog meget klart og tydeligt".

14 Selskabet må ikke indhente oplysninger om arveanlæg, jf. FAL § 3 a, men må spørge til nuværende og tidligere helbredstilstand.

§ 1 Tre dækningsprincipper afgør, hvornår en lidelse er præ-eksisterende

Spørgsmålet om, hvornår en lidelse er "præ-eksisterende", besvares ikke af loven alene, men af hvilket dækningsprincip policen bygger på. Forarbejderne til forsikringsaftaleloven § 120 a opstiller tre modeller, der er den nødvendige nøgle til hele området:

> *Ved forsikring mod sygdom er det sædvanligt at aftale, at forsikringsbegivenheden er sygdom eller nærmere angivne sygdomme, således at forsikringen dækker, hvis en omfattet sygdom indtræder i forsikringstiden (skadesårsagsprincip). (...) I nogle tilfælde aftales det, at forsikringsbegivenheden ikke er sygdom eller nærmere angivne sygdomme, men de skadelige følger af en sygdom, således at forsikringen dækker, hvis følgerne af en sygdom konstateres i forsikringstiden (skadevirkningsprincip). (...) Ved sygeforsikringer aftales det også i nogle tilfælde, at forsikringsbegivenheden er sygdom, der diagnosticeres medicinsk i forsikringstiden (diagnoseprincip).*

Forarbejderne tilføjer den afgørende præcisering: **"Ved sygeforsikring anses en sygdom for indtrådt, når den er brudt ud."** Vælger policen skadesårsagsprincippet – hvilket er det normale – er en lidelse, hvis årsag ligger før ikrafttrædelsen, udækket, uanset at følgerne først materialiserer sig senere. Til gengæld følger det af § 120, at selskabet så også hæfter for følger, der først viser sig efter forsikringstidens udløb, medmindre andet er aftalt.

Ankenævnet anvender princippet direkte. I AK 99424 havde klageren fået foretaget en refraktiv øjenoperation i november 2018 og fik nethindeløsning i maj 2020. Forsikringen trådte i kraft 1. januar 2019 – altså efter operationen, men før skaden. Nævnet afviste dækning under henvisning til skadesårsagsprincippet og § 120:

> *Nævnet har lagt vægt på, at øjenoperationen, som klageren anfører som årsag til nethindeløsningen, fandt sted i november 2018. Forsikringen trådte først i kraft den 1. januar 2019. Eventuelle følger af øjenoperationen er derfor ikke dækket af forsikringen, selvom de måtte være indtrådt efter forsikringens ikrafttræden.*

At det er **opståenstidspunktet og ikke diagnosetidspunktet**, der er afgørende, blev udtrykt skarpt i AK 96761. Sagen angik en sygeforsikring for en hund, men principafgrænsningen er den samme som ved personforsikring: selskabet gjorde gældende, at "tidspunktet for en eksakt diagnose ikke er afgørende, men derimod tidspunktet for sygdommens opståen", og nævnet fandt, at lidelsen "må anses for at have været til stede", inden forsikringen trådte i kraft – afgørende var et dyrlægenotat om halten "i flere måneder" forud. Samme resultat i AK 99750.

Det er derfor første analysetrin i enhver sag: hvilket princip bygger policen på, og hvornår brød lidelsen ud?

LOV	Forsikringsaftaleloven § 120 · Forsikringsaftaleloven § 120a, stk. 1	
PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning for kattesygdomsforsikring grundet eksisterende lidelse før forsikringens ikrafttræden	23.08.2023
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for nethindeløsning efter øjenoperation	09.08.2023
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for operation af hunds overrevne korsbånd - eksisterende lidelse før forsikringens ikrafttræden	06.10.2021

§ 2 FAL § 120 a: selskabet bærer risikoen for urigtige lægeerklæringer

Den eneste bestemmelse i forsikringsaftaleloven, der direkte adresserer præ-eksisterende sygdom, er § 120 a. Den blev indsat ved lovforslag nr. L 246, fremsat 29. marts 2000 af justitsministeren, og er en direkte lovgivningsmæssig reaktion på **U.1998.1380H** – sklerosesagen. Af de almindelige bemærkninger til lovforslaget fremgår baggrunden:

> *Ved Højesterets dom af 29. juni 1998, som er gengivet i Ugeskrift for Retsvæsen 1998, side 1380, blev et forsikringsselskab frifundet for et krav om dækning i henhold til en sygeforsikring. (...) I forbindelse med, at forsikringen blev tegnet, udarbejdede en speciallæge i neurologi på forsikringsselskabets foranledning en erklæring til brug for selskabets vurdering af skadelidtes helbredsmæssige forhold, og lægen anførte bl.a., at der ikke var grund til at tro, at skadelidte led af sklerose. Forsikringstageren selv var i god tro. (...) Højesteret gav selskabet medhold i, at sygdommen måtte anses for opstået inden forsikringstidens begyndelse.*

Folketinget pålagde ved beslutning af 18. december 1998 regeringen at nedsætte et udvalg, og Forsikring & Pension udsendte i februar 1999 en medlemshenstilling om at anvende skadevirkningsprincippet. Udvalget overvejede fem modeller og anbefalede model 5 – at selskabet bærer risikoen for urigtige lægeerklæringer:

> *Hvis forsikringstagerens forventning om, at forsikringen dækker skadelige følger af de omfattede sygdomme, er baseret på, at der er foretaget lægelige vurderinger af forsikringstagerens helbredstilstand i forhold til netop de af forsikringen omfattede sygdomme, kan forventningen siges at være særligt begrundet.*

Bestemmelsen stiller **to kumulative betingelser**: følger af sygdommen skal vise sig, eller sygdommen skal diagnosticeres i forsikringstiden, og en læge eller anden sagkyndig skal have afgivet helbredsoplysninger med henblik på selskabets vurdering af den pågældende sygdom. Er de opfyldt, stilles forsikringstageren som om sygdommen var indtrådt i forsikringstiden. Efter stk. 3 er reglen præceptiv, og ved en konsekvensændring blev § 10, stk. 2 samtidig suppleret, så selskabet ikke kan forbeholde sig ansvarsfrihed for urigtige lægeerklæringer.

Paragraf-bemærkningerne trækker fire grænser, som er afgørende i praksis:

- **Årsagen til fejlen er ligegyldig.** "At en lægeerklæring således har været fejlagtig eller ufuldstændig, kan enten skyldes et forkert lægefagligt skøn, eller at det med den lægevidenskabelige viden på det pågældende tidspunkt ikke var muligt at konstatere sygdommen. Bestemmelsen finder anvendelse, uanset hvad årsagen er."
- **God tro er en betingelse.** "Var forsikringstageren ved aftalens indgåelse i god tro om den pågældende sygdom, vil selskabet efter den foreslåede bestemmelse bære hele risikoen (...) Var forsikringstageren ikke i god tro, vil selskabet derimod normalt ikke hæfte for sygdommen, jf. forsikringsaftalelovens almindelige regler om urigtige helbredsoplysninger m.v."
- **Egne helbredsoplysninger er ikke nok.** "Bestemmelsen finder ikke anvendelse i tilfælde, hvor selskabet har »nøjedes« med den pågældendes egne helbredsoplysninger, og hvor der således ikke er fremlagt lægeerklæringer eller andre sagkyndige erklæringer." Dette er den praktisk vigtigste begrænsning: langt de fleste ulykkes- og sundhedsforsikringer tegnes på en helbredserklæring udfyldt af kunden selv – og dér gælder § 120 a ikke.
- **Karenstid består.** "Dette begrænser ikke adgangen til i forsikringsaftalen at aftale en såkaldt karenstid (...) En sådan karenstid udskyder forsikringstiden, og et vilkår herom vil (...) medføre, at selskabet ikke hæfter, hvis den pågældende sygdom diagnosticeres i karenstiden."

Endelig er anvendelsesområdet snævert afgrænset: bestemmelsen er placeret i lovens afsnit IV og "får således ikke betydning ved andre former for personforsikring, f.eks. livsforsikring". Efter stk. 2 viger den desuden, hvis et andet selskab hæfter efter § 120.

LOV Forsikringsaftaleloven § 10, stk. 2 Forsikringsaftaleloven § 120a, stk. 1-3 Forsikringsaftaleloven § 120

§ 3 Forværringsdoktrinen: policeklausulernes fem standardtyper

Fordi loven kun regulerer randområdet, ligger tyngden i **policevilkårene**. Nævnspraksis afdækker et sæt klausultyper, der går igen på tværs af selskaber. Vilkårene citeres her ordret fra de sager, hvor de er gengivet:

Klausultype	Ordlyd	Sag
Hovedårsagsklausul	"Følger af ulykkestilfælde, hvis hovedårsag er bestående sygdomme eller sygdomsanlæg" (dækkes ikke)	AK 84561
Symptomneutral klausul	"Dette gælder også, selvom den forudbestående sygdom, sygdomsanlægget eller lidelsen ikke har været symptomgivende før ulykkestilfældet"	AK 90448
Forværringsklausul	"Forværring af et ulykkestilfældes følger, der skyldes forudbestående sygdom, sygdomsanlæg eller lidelse, medmindre det lægeligt kan påvises, at ulykkestilfældet er den direkte årsag"	AK 81472

Latensklausul	"Begivenheder, der skyldes sygdom eller udløsning af latente sygdomsanlæg, selvom sygdommen er opstået eller forværret ved et ulykkestilfælde, eller forværring af følgerne af et ulykkestilfælde, der skyldes en tilstedeværende eller tilfældigt tilstødende sygdom"	AK 99424
Fradragsklausul	"Der betales ikke erstatning for en før ulykkestilfældet bestående invaliditet, og en sådan kan ikke bevirke, at invaliditeten ansættes højere, end hvis den forsikrede før ulykkestilfældet havde sin fulde førlighed"	AK 84561

Den mest indgribende – og den, der bærer flest afslag – er den **symptomneutrale** formulering. I AK 95398 sammenfattede nævnet vilkårets pkt. 15.5.4.1 således, at forsikringen "ikke dækker gener, der skyldes en i forvejen bestående mén eller lidelse, herunder degenerative forandringer, selvom disse ikke tidligere har været symptomgivende". Konsekvensen er, at en asymptomatisk slidgigt eller senedegeneration – som statistisk findes hos en stor del af voksne – kan afskære dækning, selv om den sikrede aldrig har mærket noget.

Dobbeltvirkningen af forværrings- og fradragsklausulen fremgår af AK 81472, hvor policen både undtog forværring og tilføjede:

> *En bestående sygdom eller lidelse kan ikke medføre, at erstatningen ansættes højere, end hvis en sådan sygdom eller lidelse ikke havde været til stede.*

En beslægtet mekanik gælder ved **individuelle forbehold (klausuler)**. I AK 102431 fastslog nævnet, at et varslet forbehold også omfatter "komplikationer/følger" til den undtagne lidelse – en byld opstået ved et bedøvelseskanyleindstik uden for mundhulen var undtaget, fordi bedøvelsen kun var nødvendig for at behandle en tand, der var flækket allerede før tegningen. Kausalkæden tilbage til det præ-eksisterende forhold er dermed afgørende, ikke skadens anatomiske placering.

PRAKSIS

- **Ankenævnet for Forsikring** · Hesteforsikring: Afvisning af dækning for byld efter tandudtrækning grundet præeksisterende forhold og forbehold — 27.08.2025
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning for nethindeløsning efter øjenoperation — 09.08.2023
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afgørelse om afvisning af skulderskade efter trafikulykke pga. manglende årsagssammenhæng og degenerative forandringer — 20.01.2021
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afgørelse om afvisning af ulykkesforsikringsdækning efter biluheld forårsaget af træthed — 17.05.2017
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning for ankelskade under fodbold: Tvist om forældelse, ulykkestilfælde og årsagssammenhæng — 20.01.2014
- **Ankenævnet for Forsikring** · Uenighed om fastsættelse af méngrad for knæskade med fradrag for forudbestående lidelse — 02.05.2012

§ 4 Kausalitetsvurderingen: strakssymptomer, tidsmæssig nærhed og egnethed

Når den præ-eksisterende lidelse er konstateret, flytter tvisten sig til kausaliteten: skyldes generne ulykken eller sliddet? Praksis arbejder med tre gennemgående kriterier.

1. Strakssymptomer. Fraværet af tidsnære symptomer er det tungeste enkeltmoment. I AK 104021 faldt klageren ned ad en trappe og ramte ryggen mod en sten; vagtlægenotatet to dage efter beskrev alene gener fra thorax/ribben. Klageren havde en dokumenteret svær degenerativ rygtilstand med spinalstenose, opereret i 2017, med tiltagende faldtendens og balancebesvær helt frem til ulykken. Nævnet lagde vægt på, at det tidsnære vagtlægenotat kun dokumenterede thoraxgener, og at CT-scanninger umiddelbart efter faldet ikke viste traumatiske skader, men alene de kendte degenerative forhold – faldet havde "i bedste fald blot aktiverede forudbestående symptomer". Tilsvarende i AK 95398, hvor skuldergener først blev nævnt otte måneder efter en trafikulykke.

2. Tidsmæssig afstand til første lægekontakt. I AK 103280 gik der to måneder fra et vrid under et løft til første lægebesøg, og journalen beskrev da alene myoser uden omtale af noget traume. Selv en vidneforklaring, der bekræftede selve hændelsen, kunne ikke opveje de manglende medicinske beviser; nævnet fremhævede, at diskusprolaps "ikke entydigt [kan] henføres til ét akut tidspunkt, men peger ofte mod progressive forhold". I AK 84561 omtalte speciallægejournalerne slet ikke den anmeldte hændelse, men derimod en skade "for 6-7 år siden", og nævnet fandt det ikke godtgjort, at den anmeldte ulykke var hovedårsagen.

3. Belastningens egnethed. At tidsmæssig sammenhæng ikke er nok, er formuleret klarest i arbejdsskadepraksis, som ulykkesforsikringsselskaberne i vidt omfang spejler. Ankestyrelsen fastslog i principmeddelelse 61-19:

> *Ved vurderingen af årsagssammenhæng mellem hændelsen/påvirkningen og forværringen indgår, om den tilskadekomne har været udsat for en belastning, som er egnet til at forårsage den beskrevne forværring. Det er ikke tilstrækkeligt, at der er tidsmæssig sammenhæng mellem hændelsen/påvirkningen og forværringen.*

Afgørelsen illustrerer skellet med to sager: en refleksmæssig undvigebevægelse hos en person med massive degenerative nakkeforandringer var ikke en egnet belastning (afslag), mens et akavet løft af en 30 kg sav hos en tidligere skulderopereret tømrer var det (anerkendelse). Samme egnethedstankegang bærer principmeddelelse 71-13 om tandskader, hvor røntgenbilleder viste, at frakturerne sandsynligvis var sket før ulykken: "Det afgørende for anerkendelse af en tandskade er, om der kan konstateres en skade eller en indtrådt forværring, som følge af den skadelige påvirkning."

Et fjerde, mere lægefagligt kriterium optræder ved forværring efter stationærtidspunktet. I AK 92640 tiltrådte nævnet Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings vurdering af, at "skader på bløddele i almindelighed ikke forværres i tiden efter tilstanden er blevet stationær", hvorfor en senere tilkommet bevægeindskrænkning ikke kunne tilskrives ulykken.

Mønsteret gentages i en lang række afslagssager om degenerative forandringer i skulder og ryg: AK 102576, AK 101297, AK 102151, AK 93320, AK 99038, AK 92092 og AK 98942.

LOV	Arbejdsskadesikringsloven § 6	
PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning for skuldergener og diskusprolaps grundet manglende bevis for ulykkestilfælde	17.12.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Ulykkesforsikring: Afvisning af Rygskade grundet Manglende Årsagssammenhæng og Forudbestående Degenerativ Sygdom	05.11.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for skulderskade efter skifald på grund af forudgående degenerative lidelser	11.06.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Tvist om dækning for lænderygskade: Ulykkestilfælde eller forudbestående degenerative forandringer?	14.05.2025

Ankenævnet for Forsikring · Afvist dækning for skulderskade under vægttræning grundet forudbestående degenerative forandringer	15.05.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning for varigt mén i ryggen som følge af manglende årsagssammenhæng og degenerative forandringer	07.06.2023
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af ménerstatning for skulderskade som følge af forudbestående degenerative forandringer og sygdomsanlæg	15.02.2023
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af skulderskade efter trafikulykke pga. manglende årsagssammenhæng og degenerative forandringer	20.01.2021
Ankenævnet for Forsikring · Manglende årsagssammenhæng mellem faldulykke og degenerative skuldergener	21.08.2019
Ankenævnet for Forsikring · Tvist om méngrad efter to skulderskader: Uenighed om årsagssammenhæng mellem forværring og ulykkestilfælde	09.01.2019
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af erstatning for ryggener efter faldulykke grundet manglende årsagssammenhæng og degenerative forandringer	15.08.2018
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for ankelskade under fodbold: Tvist om forældelse, ulykkestilfælde og årsagssammenhæng	20.01.2014
Ankestyrelsen · Anerkendelse af forværring af forudbestående sygdom som ulykke: Krav om egnethed og årsagssammenhæng	01.01.2019
Ankestyrelsen · Arbejdsskade: Krav til årsagssammenhæng ved tandskader og forudbestående lidelser	01.01.2013

§ 5 Bevisbyrden hos den sikrede – det skarpe modstykke til arbejdsskadesystemet

Den mest konsekvensrige forskel mellem privat ulykkesforsikring og arbejdsskadesikring er bevisbyrdens placering. Nævnet formulerede kontrasten eksplicit i AK 104021, hvor det fandt, at bevisbyrden for årsagssammenhæng hviler på klageren – "i modsætning til den mere lempelige standard under arbejdsskaderegeringen".

I ulykkesforsikring gælder derfor det almindelige forsikringsretlige udgangspunkt. Nævnet indledte i AK 84561 med:

> *Indledningsvis bemærker nævnet, at det i henhold til almindelige forsikringsretlige principper påhviler forsikrede at sandsynliggøre, at han har et krav mod selskabet.*

I arbejdsskadesystemet gælder derimod **formodningsreglen** i arbejdsskadesikringsloven § 12, stk. 2: en påvist skade anses for en følge af arbejdsskaden, medmindre overvejende sandsynlighed taler herimod. Ankestyrelsen præciserede i principmeddelelse 9-23:

> *Tilskadekomnes samlede tab af erhvervsevne er en følge af den anerkendte arbejdsskade, medmindre oplysninger i sagen godtgør, at hele eller dele af erhvervsevnetabet med overvejende sandsynlighed skyldes andre forhold end arbejdsskaden.*

Det er altså **myndigheden**, der skal bevise, at et fradrag er berettiget – det modsatte af, hvad der gælder over for et forsikringsselskab. Afgørelsen viser samtidig, hvilke momenter der indgår i vurderingen af konkurrerende årsager: tidsmæssig sammenhæng, skadens karakter, konkurrerende belastninger i livssituationen og forudbestående sygdom. I den ene sag blev et erhvervsevnetab på 85 % nedsat til 45 %, fordi PTSD-symptomerne centrerede sig om forhold fra fortiden og et senere overfald; i den anden blev der ikke foretaget fradrag, selv om borgeren havde haft depressive symptomer forud for skaden – de var blot ikke erhvervshindrende.

Forskellen har praktisk betydning, fordi den samme skade ofte behandles i begge spor samtidig. En tilskadekommen kan få anerkendt forværring som arbejdsulykke efter arbejdsskadesikringsloven § 6 – hvor forudbestående sygdom efter principmeddelelse 61-19 alene har betydning ved den senere erstatningsudmåling og ikke ved anerkendelsen – og alligevel få afslag på den private ulykkesforsikring, fordi bevisbyrden dér er hans egen.

Grænsen for skadelidtes bevisbyrde ved konkurrerende lidelser illustreres af principmeddelelse 75-19, hvor risikoen for manglende afklaring blev lagt på tilskadekomne:

> *Tilskadekomne har ikke ret til erstatning for tab af erhvervsevne, hvis tilskadekomne udelukkende på grund af en konkurrerende sygdom midlertidigt eller varigt bliver forhindret i at vende tilbage til arbejdsmarkedet, før arbejdsskaden har manifesteret sig i et sikkert erhvervsevnetab.*

Og i principmeddelelse 195-09 frifandt Vestre Landsret Ankestyrelsen, fordi skadelidte ikke havde løftet bevisbyrden for, at indtægtstabet skyldtes arbejdsskadens begrænsede følger snarere end de forudbestående rygforhold.

LOV	Arbejdsskadesikringsloven § 6 · Arbejdsskadesikringsloven § 12, stk. 2	
PRAKSIS	**Ankestyrelsen** · Erstatning for tab af erhvervsevne: Anvendelse af formodningsreglen ved psykiske symptomer efter fysisk arbejdsskade	01.01.2023
	Ankestyrelsen · Anerkendelse af forværring af forudbestående sygdom som ulykke: Krav om egnethed og årsagssammenhæng	01.01.2019
	Ankestyrelsen · Erstatning for tab af erhvervsevne ved konkurrerende sygdom: Skadelidte bærer risikoen for afklaring	01.01.2019
	Ankestyrelsen · Erstatning for tab af erhvervsevne – Bevisbyrden for årsagssammenhæng mellem arbejdsskade og indtægtsnedgang	01.01.2009
	Ankenævnet for Forsikring · Ulykkesforsikring: Afvisning af Rygskade grundet Manglende Årsagssammenhæng og Forudbestående Degenerativ Sygdom	05.11.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for ankelskade under fodbold: Tvist om forældelse, ulykkestilfælde og årsagssammenhæng	20.01.2014

§ 6 Fradrag for forudbestående mén – merinvaliditetsprincippet

Selv når ulykken anerkendes, afskærer den præ-eksisterende lidelse ofte erstatningen gennem fradrag. Princippet er, at **kun merinvaliditeten dækkes**.

AK 101078 viser mekanikken i renkultur. Klageren fik i 2016 en korsbånds- og ledbåndsskade vurderet til 12 % varigt mén. I 2021 skadede hun samme knæ igen, og det samlede mén blev nu opgjort til 15 %. Selskabet fratrak det forudbestående mén, så det selvstændige mén for 2021-ulykken blev 3 % – under policens minimumsgrænse på 5 %, hvorfor der intet blev udbetalt. Nævnet tiltrådte, at der var tale om to selvstændige

ulykkestilfælde på samme knæ, og at betingelserne "klart foreskriver fradrag for eksisterende tilstande". Sagen rummer samtidig en vigtig procesretlig lære: klagerens forsøg på at få 2016-vurderingen nedsat var **forældet**, jf. forsikringsaftaleloven § 29 og forældelsesloven § 3 – den, der accepterer en méngrad, binder sig også for fremtidige skader på samme legemsdel.

I AK 81472 havde en tømrer en symptomfri meniskskade fra 2006 og faldt i 2009 ned fra et bord. Selskabet anerkendte ulykken, men fastsatte méngraden til 5 % efter et skønsmæssigt fradrag for den forudbestående skade. Nævnet fandt – "henset til den tidligere beskadigelse af menisken" – ikke en højere méngrad godtgjort. At den tidligere skade havde været symptomfri, var altså ikke i sig selv nok.

Men fradragsadgangen er ikke ubegrænset. AK 102348 er den vigtigste nyere korrektion. Selskabet havde fastholdt 10 % mén, selv om Arbejdsmarkedets Erhvervssikring efter en dokumenteret forværring havde hævet méngraden til 25 %, og selskabets egne lægekonsulenter havde halveret et samlet skøn på 20 % med henvisning til forudbestående lidelse. Nævnet gav klageren medhold:

> *Arbejdsmarkedets Erhvervssikring er rette instans til at afgøre, i hvilket omfang der foreligger forudbestående degenerative forandringer, som selskabet kan foretage fradrag for, når méngraden fastsættes.*

Nævnet lagde vægt på, at der var dokumenteret forværring, at operationsfundene (synovitis, irritation) kunne være traumeudløste, og at der ingen oplysninger var om skuldergener før ulykken. Selskabet blev pålagt at betale for og indhente en vejledende AES-udtalelse. Kernen er, at **selskabet ikke må lade egne lægekonsulenter sætte fradragets størrelse**, når en officiel instans er nærmere til at vurdere det.

Til sammenligning er fradragsprøvelsen i arbejdsskadesystemet strengere mod myndigheden. I principmeddelelse U-6-98 underkendte Højesterets flertal et fradrag for en forudbestående rygdefekt (arkolyse/olistese), fordi den smertebetingede nedsatte bevægelighed måtte henføres til ulykken:

> *Der havde derfor ikke været grundlag for ved fastsættelsen af méngraden at foretage noget fradrag i anledning af den forudbestående rygdefekt.*

Méngraden skulle derfor forhøjes fra 12 % til 15 %. Omvendt blev fradrag opretholdt i principmeddelelse U-2-99, hvor Ankestyrelsen fandt det "overvejende sandsynligt", at symptomerne "helt overvejende skyldtes følger af det private ulykkestilfælde samt følger af ikke-arbejdsbetinget slidgigt".

LOV	Forsikringsaftaleloven § 29 · Forældelsesloven § 3	
PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Tvist om forværring af skulderskade og betydningen af forudbestående degenerative forandringer	03.12.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Forældelse af krav om nedsættelse af méngrad og betydningen for efterfølgende ulykkesskade på samme knæ	07.08.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Uenighed om fastsættelse af méngrad for knæskade med fradrag for forudbestående lidelse	02.05.2012
	Ankestyrelsen · Nedsættelse af erstatning for arbejdsskade grundet forudbestående svær håndledsskade og slidgigt	01.01.1999
	Ankestyrelsen · Højesterets afgørelse om méngrad og fradrag for forudbestående rygdefekter i arbejdsskadesager	01.01.1998

§ 7 Oplysningspligten om tidligere sygdomsforløb: FAL §§ 4-10

Det tredje lag er oplysningspligten. Her afskæres dækningen ikke, fordi lidelsen er præ-eksisterende, men fordi den blev fortiet ved tegningen. Systemet er trinvist:

- § 4: **svigagtig** urigtig oplysning eller fortielse – aftalen er ikke bindende for selskabet.
- § 5: oplysning givet i **god tro** – selskabet hæfter, som om urigtig oplysning ikke forelå.
- § 6, stk. 1: **uagtsom** urigtig oplysning – selskabet er frit for ansvar, hvis det kan antages ikke at ville have overtaget forsikringen.
- § 6, stk. 2: ville selskabet have tegnet på **andre vilkår**, hæfter det i det omfang, det mod den aftalte præmie ville have forpligtet sig (pro rata-reglen).
- § 7: ved ren **undladelse** kræves grov uagtsomhed.
- § 8: selskabet skal reagere **uden unødigt ophold**.
- § 9: selskabet kan ikke påberåbe sig forholdet, hvis det vidste eller burde vide besked, eller omstændigheden var uden betydning.

Særligt for personforsikring gælder ventilen i § 6, stk. 3, hvorefter selskabet helt eller delvist kan hæfte, hvis særlige omstændigheder taler herfor – med vægt bl.a. på, om det fortiede forhold har haft indflydelse på forsikringsbegivenhedens indtræden, uagtsomhedsgraden og den forløbne tid.

At selskabet ikke kan springe fra § 6, stk. 1, til fuldt bortfald uden at bevise sin tegningspraksis, er kernen i AK 102521. Klageren havde ved en forhøjelse af erhvervsevnetabsdækningen undladt at oplyse om en knæundersøgelse og om antallet af skulderepisoder. Nævnet fandt fortielserne uagtsomme, men gav alligevel klageren medhold:

> *Nævnet finder, at selskabet – hvis selskabet havde modtaget korrekte oplysninger i helbredserklæringen – alene havde været berettiget til at tilbyde forhøjelse med klausuler for skulder-/nakkegener og venstresidige knægener. Selskabet har derfor ikke kunnet afvise at indgå aftale med klageren om forhøjelse af dækningen for erhvervsevnetab.*

Afgørende var selskabets egne tegningsregler: de tillod op til to klausuler, og de korrekte oplysninger ville kun have udløst to. Nævnet afviste desuden, at nakkegener konstateret som objektivt bifund ved en skulderundersøgelse skulle oplyses som et selvstændigt problem. Sagen viser, at **klausul går forud for afslag**, når selskabets eget regelsæt tillader det.

Modsat, hvor selskabet dokumenterer sin tegningspraksis, fører fortielsen til bortfald. I AK 91518 fandt nævnet, at klageren "objektivt har afgivet urigtige oplysninger", at dette var "afgivet med mindst uagtsomhed", og at selskabet "med fremlæggelsen af sine tegningsregler har bevist, at selskabet ikke ville have tilbudt klageren at tegne forsikringer" – hvorefter afvisning og opsigelse med tilbagevirkende kraft blev tiltrådt efter § 6, stk. 1. Samme mønster går igen i en stribe erhvervsevnetabssager: AK 102165, AK 102497, AK 100736, AK 94156, AK 84404 og AK 94635.

Højesteret har trukket den principielle grænse for, hvad selskabet overhovedet må spørge om, i BS-14231/2020-HJR om oplysningspligt og arvelige sygdomme, afgjort efter § 6 og § 3 a. Sidstnævnte forbyder selskabet at anmode om, indhente eller bruge oplysninger, "der kan belyse en persons arveanlæg og risiko for at udvikle eller pådrage sig sygdomme" – men undtager udtrykkeligt oplysninger om "nuværende eller tidligere helbredstilstand". Grænsen mellem lovlig spørgen til sygehistorie og ulovlig genetisk kortlægning er dermed netop den, denne praksisoversigt kredser om.

Aktualitetsforbehold: § 3 a er ændret ved **lov om ændring af lov om forsikringsaftaler og lov om tilsyn med firmapensionskasser af 8. juni 2016** (lovforslag L 157, folketingsåret 2015-16), hvorved ordene om *andre personers* helbredstilstand udgik af 2. pkt. Ændringen trådte i kraft 8. juni 2016, men er endnu ikke konsolideret ind i den gældende lovbekendtgørelse fra 12. november 2015 – den offentliggjorte paragraftekst er derfor på dette punkt ikke ajour.

LOV Forsikringsaftaleloven § 3a · Forsikringsaftaleloven § 4 · Forsikringsaftaleloven § 5 · Forsikringsaftaleloven § 6, stk. 1-3 · Forsikringsaftaleloven § 7 · Forsikringsaftaleloven § 8 · Forsikringsaftaleloven § 9

PRAKSIS

Højesteret · Højesterets dom om oplysningspligt og arvelige sygdomme i forsikringsaftaler	26.02.2021
Ankenævnet for Forsikring · Uagtsom fortielse af helbredsoplysninger ved forhøjelse af erhvervsevnetabsforsikring	17.12.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på erhvervsevnetabsforsikring grundet fortielse af helbredsoplysninger	05.03.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning ved tab af erhvervsevne: Fortielse af helbredsoplysninger ved tegning af forsikring	19.02.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om ophævelse af dækning ved tab af erhvervsevne grundet urigtige helbredsoplysninger	21.02.2024
Ankenævnet for Forsikring · If Skadeforsikring: Opsigelse af forsikringer grundet mangelfulde oplysninger ved tegning	02.09.2020
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om ophævelse af forsikring ved tab af erhvervsevne grundet manglende helbredsoplysninger	22.01.2020
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af dækning for tandskade grundet urigtige oplysninger ved forsikringstegning	25.04.2018
Ankenævnet for Forsikring · Sag om ophævelse af forsikring ved tab af erhvervsevne grundet urigtige helbredsoplysninger	30.12.2013

§ 8 God skik-reglerne: selskabet bærer ansvaret for spørgsmålenes udformning

Oplysningspligten suppleres af en tilsynsretlig ramme, der i praksis flytter en del af risikoen tilbage på selskabet. Vejledningen til bekendtgørelse nr. 330 af 7. april 2016 om god skik for finansielle virksomheder fastslår i bemærkningerne til § 22:

> *Det påhviler som udgangspunkt selskabet at udforme spørgsmålene til kunden, på en sådan måde, at det sikres, at kunden får afgivet de oplysninger, som er nødvendige for selskabets vurdering af, om forsikringen kan antages og på hvilke vilkår. Hvorvidt selskabet efterfølgende kan gøre gældende, at der er afgivet urigtige eller mangelfulde oplysninger, er reguleret af forsikringsaftalelovens §§ 4-10.*

Vejledningen tilføjer to skærpelser: "Kundevejledning om konsekvenserne af urigtige oplysninger skal gives, hver gang der afgives helbredsoplysninger", og de indhentede helbredsoplysninger "må ikke omfatte mere, end hvad der er nødvendigt" – de skal være "saglige og relevante for at afdække den forsikringsrisiko, som selskabet kommer til at påtage sig".

Dette har direkte betydning for præ-eksisterende lidelser: rejser selskabet et ja/nej-spørgsmål om lægebesøg så bredt, at trivielle bifund formelt skulle oplyses, kan det ikke uden videre bygge et fuldt bortfald på undladelsen

– jf. netop nævnets vurdering i AK 102521, hvor nakkemyoser konstateret som objektivt bifund ved en skulderundersøgelse ikke skulle oplyses selvstændigt.

Særligt vigtigt ved **selskabsskift** er bemærkningerne til § 23, der udtrykkeligt kodificerer nævnets egen praksis:

> *Efter Ankenævnet for Forsikrings praksis gælder der allerede i dag en forpligtelse for det modtagende selskab til, inden det opsiger forsikringen i det gamle selskab, at sikre sig, at der er fuld klarhed over, på hvilke vilkår forsikringerne kan antages i det modtagende selskab.*

Vejledningen fremhæver, at bestemmelsens stk. 2 "alene vedrører personforsikring, det vil bl.a. sige ulykkes-, syge- og sundhedsforsikring, kritisk sygdom samt livs- og pensionsforsikring", og at selskabet skal gøre kunden opmærksom på, at "en forværring af helbred kan have negative konsekvenser for kundens muligheder for at få de samme eller bedre dækninger hos den nye udbyder". Det er præcis den fælde, en forsikringstager med en begyndende lidelse går i ved skift: det gamle selskabs dækning ophører, og det nye tegner med klausul eller afslår.

Endelig kræver bemærkningerne til § 24, at kundens valg skal fremgå – udtrykkeligt med det eksempel, "om kunden på en kritisk sygdomsforsikring har karensperiode". Da karenstid efter forarbejderne til § 120 a er den lovlige måde at udskyde forsikringstiden på, er oplysningen om karens et centralt bindeled mellem tilsynsret og dækningsret.

LOV `Forsikringsaftaleloven § 120a, stk. 3`

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Uagtsom fortielse af helbredsoplysninger ved forhøjelse af erhvervsevnetabsforsikring 17.12.2025

§ 9 Kendskabsklausuler i sundheds-, løn- og rejseforsikring

Uden for ulykkesforsikringen bruger selskaberne typisk ikke en kausalitetsklausul, men en **kendskabsklausul**, der knytter undtagelsen til, hvad den sikrede vidste eller burde vide ved ikrafttrædelsen.

Standardformuleringen er gengivet i AK 94238 om en lønsikring:

> *Forsikringen dækker ikke uarbejdsdygtighed, hvis der er tale om: Sygdom, sygdomstilstand eller tilskadekomst, som du på ikrafttrædelsestidspunktet var eller burde have været bekendt med, eller som du søgte læge for inden for 12 måneder før forsikringens ikrafttræden.*

Klageren havde haft lænde- og hoftesmerter siden 2017, tegnede lønsikring i marts 2018, blev hofteopereret i november 2018 og opsagt i maj 2019 på grund af sygefravær. Nævnet fandt klausulen "klar", lagde til grund, at klageren var bekendt med problematikken før ikrafttrædelsen, og at uarbejdsdygtigheden skyldtes netop disse forhold. Bemærkelsesværdigt afviste nævnet argumentet om, at de senere konstaterede rygproblemer var en "ny opdagelse" – journalerne viste, at de indgik i det samlede smertebillede, der havde eksisteret siden 2017. **Et nyt diagnostisk navn på et gammelt symptombillede skaber altså ikke en ny lidelse.**

En beslægtet konstruktion optræder i rejseforsikring, hvor eksisterende lidelser kombineres med en oplysningsforpligtelse – jf. AK 96775, afgjort med henvisning til bl.a. forsikringsaftaleloven § 22 og § 32. De rejsespecifikke afbestillingsspørgsmål behandles nærmere i rejseforsikring og sygdom/afbestilling.

I sundhedsforsikring optræder undtagelsen ofte som en **tidsbegrænsning for kroniske lidelser** frem for en egentlig præ-eksistensklausul – men virkningen er den samme, fordi kroniske lidelser næsten altid er anlagt før behandlingsbehovet. Her har nævnet sat en klar grænse; se næste afsnit.

Afgrænsningen til de tilstødende temaer bør holdes for øje: selve fastsættelsen af méngraden behandles i ulykkesforsikring og méngradsfastsættelse, mens dækningsudløsningen ved kritisk sygdom hører under kritisk sygdom-forsikring.

LOV Forsikringsaftaleloven § 22 Forsikringsaftaleloven § 32

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning for behandlingsudgifter under rejseforsikring grundet eksisterende lidelse og manglende oplysninger 18.05.2022

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning fra lønsikring grundet præeksisterende lænde- og hofteproblematik 01.04.2020

§ 10 Uklarhedsprincippet som modvægt: uklare undtagelser fortolkes mod selskabet

Fordi undtagelsen for præ-eksisterende lidelser er aftalebaseret, er **uklarhedsprincippet** (contra proferentem) den sikredes vigtigste modvægt. Praksis viser, at nævnet og domstolene håndhæver det med betydelig konsekvens.

Den klareste illustration er AK 101281 om en arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring. Vilkåret lød: "Behandling og/eller operation af kroniske sygdomme og lidelser dækkes i op til 6 mdr. fra diagnosetidspunktet, hvis behandling og/eller operation kan kurere eller bedre tilstanden væsentligt og varigt." Klageren fik konstateret hofteartrose 26. juli 2023, fulgte de nationale kliniske retningslinjer med træning og blokade først, og anmodede om operation 25. januar 2024 – inden for seks måneder, men operationen var ikke udført. Selskabet afviste. Nævnet gav medhold:

> *Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at det ikke med tilstrækkelig klarhed fremgår af forsikringsbetingelserne, at operationen skal være foretaget inden for 6 måneder fra diagnosetidspunktet. Nævnet finder, at bestemmelsen må forstås således, at forsikringstageren skal have anmodet om dækning af den ønskede behandling/operation inden for 6-måneders-fristen.*

To begrundelser bærer resultatet. For det første **risikofordelingen**: selskabets fortolkning ville lægge risikoen for selskabets egen sagsbehandlingstid og for ventetider på privathospitaler over på forsikringstageren. For det andet et skærpet **klarhedskrav**: vil et selskab håndhæve, at en behandling skal være endeligt afsluttet inden for en frist, skal det fremgå "endog meget klart og tydeligt". Afgørelsen har en videre pointe: en vilkårskonstruktion, der presser patienter til hurtig operation frem for konservativ behandling efter lægefaglige retningslinjer, kan ikke opretholdes på et uklart grundlag.

Højesteret har anvendt samme princip på en klassisk præ-eksistensproblemstilling i BS-29825/2020-HJR om fortolkningen af forsikringsbetingelser ved skade på **parrede organer** (øjne) – netop den situation, hvor en forudbestående svækkelse af det ene organ gør skaden på det andet langt mere indgribende. Dommen bekræfter, at uklarhedsprincippet er det bærende fortolkningsredskab, når betingelserne ikke utvetydigt fordeler risikoen.

Mønsteret på tværs af medholdssagerne er entydigt: den sikrede vinder ikke på lægelig uenighed, men på **vilkårenes uklarhed** og på **selskabets processuelle skridt** – som i AK 102348, hvor selskabet blev pålagt at

indhente en AES-udtalelse, og i AK 102521, hvor selskabets eget klausulregelsæt afskar det fra at annullere aftalen.

PRAKSIS

- **Højesteret** · Forsikringsbetingelsers fortolkning ved skade på parrede organer (øjne) og anvendelse af uklarhedsprincippet 12.05.2021
- **Ankenævnet for Forsikring** · Uagtsom fortielse af helbredsoplysninger ved forhøjelse af erhvervsevnetabsforsikring 17.12.2025
- **Ankenævnet for Forsikring** · Tvist om forværring af skulderskade og betydningen af forudbestående degenerative forandringer 03.12.2025
- **Ankenævnet for Forsikring** · Fortolkning af 6-måneders frist for behandling af kroniske lidelser i sundhedsforsikring 30.10.2024

§ 11 Forældelse og anmeldelse: den skjulte faldgrube ved langsomt udviklende lidelser

Præ-eksisterende lidelser udvikler sig typisk langsomt, og netop derfor rammes de ofte af **forældelse**, inden tvisten om kausalitet overhovedet bliver prøvet. Kravet er underlagt 3-årig forældelse, jf. forsikringsaftaleloven § 29 og forældelsesloven § 3.

Nævnet formulerede standarden i AK 90280:

> *Fristen regnes fra det tidligste tidspunkt, hvor klageren har haft rimelig anledning til og mulighed for at gøre kravet gældende over for selskabet. Det er ikke en betingelse, at omfanget af skaden skal have været klageren bekendt på dette tidspunkt.*

Klageren faldt 2,5 meter ned fra et stillads i august 2009, gik til fysioterapi månedligt fra oktober 2009 til februar 2011, men anmeldte først i maj 2016. Nævnet fandt, at han "senest ved de fysiurgiske behandlinger fra oktober 2009 til februar 2011 burde havde været klar over, at ulykkestilfældet (...) havde medført sådanne følger, at det kunne danne grundlag for et krav". Kravet var forældet, og nævnet tog derfor slet ikke stilling til årsagssammenhængen.

Dette er en systemisk fælde: den sikrede, hvis gener gradvist forværres på baggrund af en degenerativ grundlidelse, venter typisk med at anmelde, indtil det står klart, at skaden er varig – men netop den venten udløser forældelsen. Samme mekanik i AK 84561, hvor selskabet gjorde forældelse gældende ved en anmeldelse godt tre et halvt år efter hændelsen.

AK 101078 viser en anden og mindre intuitiv variant: her var det ikke selve skadeskravet, men **retten til at anfægte en tidligere méngradsvurdering**, der var forældet – med den konsekvens, at det gamle mén på 12 % lå fast som fradragsgrundlag ved den senere skade. Nævnet fastslog, at kravet på ændring "er forældet senest den 16/2 2019". Den, der accepterer en méngrad i tillid til, at den ikke får betydning fremadrettet, binder sig altså også for fremtidige skader på samme legemsdel.

Praktisk følger heraf, at anmeldelse bør ske ved første lægelige kontakt efter hændelsen – både fordi strakssymptomer er det tungeste kausalitetsbevis, og fordi forældelsesfristen løber fra det tidspunkt, hvor generne gav rimelig anledning til at rejse kravet.

LOV Forsikringsaftaleloven § 29 Forældelsesloven § 3

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Forældelse af krav om nedsættelse af méngrad og betydningen for efterfølgende ulykkesskade på samme knæ	07.08.2024
Ankenævnet for Forsikring · Alka Forsikring: Afvisning af ulykkesforsikringskrav grundet forældelse og manglende årsagssammenhæng	14.06.2017
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for ankelskade under fodbold: Tvist om forældelse, ulykkestilfælde og årsagssammenhæng	20.01.2014

§ 12 Sammenfatning: hvor sagerne vindes og tabes

Praksis på området er bemærkelsesværdigt stabil, og udfaldene fordeler sig efter et forudsigeligt mønster.

Den sikrede taber typisk, når:

- Der ikke er dokumenterede strakssymptomer, og der går uger eller måneder til første lægekontakt (AK 104021, AK 103280, AK 95398).
- Billeddiagnostik viser degenerative forandringer, og policen indeholder den symptomneutrale klausul.
- Lidelsen brød ud før forsikringstidens begyndelse – uanset hvornår den blev diagnosticeret (AK 99424, AK 96761).
- Han var eller burde have været bekendt med lidelsen ved tegningen, og policen har en kendskabsklausul (AK 94238).
- Selskabet dokumenterer tegningsregler, der viser, at forsikringen slet ikke ville være tegnet (AK 91518).
- Han har ventet med at anmelde (AK 90280).

Den sikrede vinder typisk, når:

- Vilkåret er uklart om, hvad fristen eller undtagelsen egentlig kræver – klarhedskravet er "endog meget klart og tydeligt" (AK 101281, BS-29825/2020-HJR).
- Selskabet lader egne lægekonsulenter fastsætte fradraget, hvor Arbejdsmarkedets Erhvervssikring er rette instans (AK 102348).
- Selskabet annullerer hele aftalen, hvor dets eget klausulregelsæt kun berettigede til klausuler (AK 102521).
- Der ingen forhistorie er om gener i den skadede legemsdel, og operationsfund peger på traume.

Den strukturelle observation er, at forsikringsaftaleloven § 120 a – den eneste bestemmelse, der udtrykkeligt beskytter mod præ-eksistensundtagelsen – har et **meget snævert anvendelsesområde**. Den forudsætter en sagkyndig erklæring indhentet med henblik på vurdering af netop den pågældende sygdom, og forarbejderne understreger, at den ikke gælder, hvor selskabet har "nøjedes" med kundens egne helbredsoplysninger. Da langt de fleste ulykkes-, sundheds- og lønsikringer tegnes netop sådan – med en helbredserklæring udfyldt af kunden – falder hovedparten af sagerne uden for lovbeskyttelsen og afgøres alene på policevilkårene og bevisbyrden. Udvalget bag reformen forudså dette og bemærkede selv, at bestemmelsen "vil have et snævert anvendelsesområde".

Den praktiske konsekvens er, at tyngden i rådgivningen ligger tre steder: **anmeld straks og få strakssymptomerne journalført**; **læs klausultypen** – hovedårsag, latens eller symptomneutral gør en reel forskel; og **kontrollér selskabets processuelle grundlag**, herunder om fradraget hviler på en kompetent instans, og om tegningsreglerne faktisk bærer et fuldt bortfald frem for en klausul.

LOV Forsikringsaftaleloven § 120a, stk. 1

PRAKSIS

Højesteret · Forsikringsbetingelsers fortolkning ved skade på parrede organer (øjne) og anvendelse af uklarhedsprincippet	12.05.2021
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for skuldergener og diskusprolaps grundet manglende bevis for ulykkestilfælde	17.12.2025
Ankenævnet for Forsikring · Uagtsom fortielse af helbredsoplysninger ved forhøjelse af erhvervsevnetabsforsikring	17.12.2025
Ankenævnet for Forsikring · Tvist om forværring af skulderskade og betydningen af forudbestående degenerative forandringer	03.12.2025
Ankenævnet for Forsikring · Ulykkesforsikring: Afvisning af Rygskade grundet Manglende Årsagssammenhæng og Forudbestående Degenerativ Sygdom	05.11.2025
Ankenævnet for Forsikring · Fortolkning af 6-måneders frist for behandling af kroniske lidelser i sundhedsforsikring	30.10.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for nethindeløsning efter øjenoperation	09.08.2023
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for operation af hunds overrevne korsbånd - eksisterende lidelse før forsikringens ikrafttræden	06.10.2021
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af skulderskade efter trafikulykke pga. manglende årsagssammenhæng og degenerative forandringer	20.01.2021
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning fra lønsikring grundet præeksisterende lænde- og hofteproblematik	01.04.2020
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af dækning for tandskade grundet urigtige oplysninger ved forsikringstegning	25.04.2018
Ankenævnet for Forsikring · Alka Forsikring: Afvisning af ulykkesforsikringskrav grundet forældelse og manglende årsagssammenhæng	14.06.2017

REFERENCE Lovgrundlag

6 paragraffer

Forsikringsaftaleloven § 3a		Forsikringsaftaleloven § 4	
Forsikringsaftaleloven § 6	stk. 3	Forsikringsaftaleloven § 10	stk. 2
Forsikringsaftaleloven § 120a	stk. 1	Forsikringsaftaleloven § 120	

MATERIALE Citerede afgørelser

41 afgørelser

HØJESTERET · ØVERSTE INSTANS 2

12.05.2021	Forsikringsbetingelsers fortolkning ved skade på parrede organer (øjne) og anvendelse af uklarhedsprincippet	bs-29825-2020-hjr
26.02.2021	Højesterets dom om oplysningspligt og arvelige sygdomme i forsikringsaftaler	bs-14231-2020-hjr

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS 32

17.12.2025	Uagtsom fortielse af helbredsoplysninger ved forhøjelse af erhvervsevnetabsforsikring	102521
17.12.2025	Afvisning af dækning for skuldergener og diskusprolaps grundet manglende bevis for ulykkestilfælde	103280

03.12.2025	Tvist om forværring af skulderskade og betydningen af forudbestående degenerative forandringer	102348
05.11.2025	Ulykkesforsikring: Afvisning af Rygskade grundet Manglende Årsagssammenhæng og Forudbestående Degenerativ Sygdom	104021
27.08.2025	Hesteforsikring: Afvisning af dækning for byld efter tandudtrækning grundet præeksisterende forhold og forbehold	102431
11.06.2025	Afvisning af dækning for skulderskade efter skifald på grund af forudgående degenerative lidelser	102576
14.05.2025	Tvist om dækning for lænderygskade: Ulykkestilfælde eller forudbestående degenerative forandringer?	102151
05.03.2025	Afslag på erhvervsevnetabsforsikring grundet fortielse af helbredsoplysninger	102165
19.02.2025	Afslag på dækning ved tab af erhvervsevne: Fortielse af helbredsoplysninger ved tegning af forsikring	102497
30.10.2024	Fortolkning af 6-måneders frist for behandling af kroniske lidelser i sundhedsforsikring	101281
07.08.2024	Forældelse af krav om nedsættelse af méngrad og betydningen for efterfølgende ulykkesskade på samme knæ	101078
15.05.2024	Afvist dækning for skulderskade under vægttræning grundet forudbestående degenerative forandringer	101297
21.02.2024	Afgørelse om ophævelse af dækning ved tab af erhvervsevne grundet urigtige helbredsoplysninger	100736
23.08.2023	Afvisning af dækning for kattesygdomsforsikring grundet eksisterende lidelse før forsikringens ikrafttræden	99750
09.08.2023	Afvisning af dækning for nethindeløsning efter øjenoperation	99424
07.06.2023	Afslag på dækning for varigt mén i ryggen som følge af manglende årsagssammenhæng og degenerative forandringer	98942
15.02.2023	Afvisning af ménerstatning for skulderskade som følge af forudbestående degenerative forandringer og sygdomsanlæg	99038
18.05.2022	Afvisning af dækning for behandlingsudgifter under rejseforsikring grundet eksisterende lidelse og manglende oplysninger	96775
06.10.2021	Afvisning af dækning for operation af hunds overrevne korsbånd - eksisterende lidelse før forsikringens ikrafttræden	96761
20.01.2021	Afgørelse om afvisning af skulderskade efter trafikulykke pga. manglende årsagssammenhæng og degenerative forandringer	95398
02.09.2020	If Skadeforsikring: Opsigelse af forsikringer grundet mangelfulde oplysninger ved tegning	94635
01.04.2020	Afslag på dækning fra lønsikring grundet præeksisterende lænde- og hofteproblematik	94238

22.01.2020	Afgørelse om ophævelse af forsikring ved tab af erhvervsevne grundet manglende helbredsoplysninger	94156
21.08.2019	Manglende årsagssammenhæng mellem faldulykke og degenerative skuldergener	93320
09.01.2019	Tvist om méngrad efter to skulderskader: Uenighed om årsagssammenhæng mellem forværring og ulykkestilfælde	92640
15.08.2018	Afvisning af erstatning for ryggener efter faldulykke grundet manglende årsagssammenhæng og degenerative forandringer	92092
25.04.2018	Afgørelse om afvisning af dækning for tandskade grundet urigtige oplysninger ved forsikringstegning	91518
14.06.2017	Alka Forsikring: Afvisning af ulykkesforsikringskrav grundet forældelse og manglende årsagssammenhæng	90280
17.05.2017	Afgørelse om afvisning af ulykkesforsikringsdækning efter biluheld forårsaget af træthed	90448
20.01.2014	Afvisning af dækning for ankelskade under fodbold: Tvist om forældelse, ulykkestilfælde og årsagssammenhæng	84561
30.12.2013	Sag om ophævelse af forsikring ved tab af erhvervsevne grundet urigtige helbredsoplysninger	84404
02.05.2012	Uenighed om fastsættelse af méngrad for knæskade med fradrag for forudbestående lidelse	81472

ANKESTYRELSEN · NÆVN / KLAGEINSTANS 7

01.01.2023	Erstatning for tab af erhvervsevne: Anvendelse af formodningsreglen ved psykiske symptomer efter fysisk arbejdsskade	9-23
01.01.2019	Anerkendelse af forværring af forudbestående sygdom som ulykke: Krav om egnethed og årsagssammenhæng	61-19
01.01.2019	Erstatning for tab af erhvervsevne ved konkurrerende sygdom: Skadelidte bærer risikoen for afklaring	75-19
01.01.2013	Arbejdsskade: Krav til årsagssammenhæng ved tandskader og forudbestående lidelser	71-13
01.01.2009	Erstatning for tab af erhvervsevne – Bevisbyrden for årsagssammenhæng mellem arbejdsskade og indtægtsnedgang	195-09
01.01.1999	Nedsættelse af erstatning for arbejdsskade grundet forudbestående svær håndledsskade og slidgigt	U-2-99
01.01.1998	Højesterets afgørelse om méngrad og fradrag for forudbestående rygdefekter i arbejdsskadesager	U-6-98

25 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over rejseforsikring — sygdom og afbestilling

Afbestillingsdækning, forudbestående sygdom, hjemtransport og samspil med pakkerejseloven

Version 2 Opdateret 24. jun. 2026 27 afgørelser · 2018–2026 Læs online

INTRODUKTION

Rejseforsikring er det privatretlige supplement til EU-sygesikringskortet og den afskaffede offentlige rejsesygesikring, der bortfaldt den 1. august 2014 for ferierejser uden for EU/EØS. Praksis fra Ankenævnet for Forsikring udgør den primære retskilde med flere hundrede årlige kendelser, suppleret af domstolspraksis fra landsretterne og Højesteret samt EU-Domstolens afgørelser om pakkerejsedirektivets (2015/2302) fortolkning. De hyppigste tvister vedrører afbestillingsdækning ved akut sygdom, forudbestående lidelser, medicinsk hjemtransport og samspillet mellem rejseforsikringen og pakkerejsearrangørens ansvar — herunder den særlige covid-19-praksis om orange/røde rejsevejledninger.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Afbestillingsdækning forudsætter, at sygdommen er akut opstået og uforudsigelig på bestillingstidspunktet — helbredsmæssig ustabilitet ved tegning eller booking afskærer dækning.

02 En forudbestående lidelse udelukker kun dækning, hvis den var ustabil eller behandlingskrævende ved booking; en akut forværring uden for det forventede forløb kan udløse dækning.

03 Forsikringsbegivenheden (fx Udenrigsministeriets ændrede rejsevejledning) skal være indtrådt efter rejsens bestilling og forsikringens ikrafttræden for at udløse afbestillingsdækning.

04 Ved afbestilling på grund af sygdom hos nær familie kræves det typisk, at den forsikrede ellers ville rejse alene, eller at familiemedlemmet er hospitalsindlagt på afrejsetidspunktet.

05 Hjemtransport dækkes kun, når den er medicinsk nødvendig og vurderet af selskabets læge — forhåndsgodkendelse er som hovedregel en betingelse for dækning.

06 Forsikringsaftaleloven § 18 pålægger den forsikrede at oplyse om alle omstændigheder af betydning for selskabets risikovurdering; urigtige helbredsoplysninger kan medføre dækningsbortfald.

07 Tabsbegrænsningspligten efter forsikringsaftaleloven § 96 og forsikringsbetingelserne forpligter den forsikrede til at søge refusion hos pakkerejsearrangøren, før forsikringen dækker.

08 Under covid-19-pandemien kunne selskaber ikke ensidigt indskrænke forsikringsdækningen for rejsende, der allerede befandt sig på destinationen, uden konkret individuel vurdering.

09 Afbestillingsforsikringens tidsfrist — typisk 24-72 timer før afrejse — er en hård betingelse; for tidlig afbestilling afskærer dækning, selv om rejsevejledningen forbliver uændret.

10 EU-Domstolen har fastslået, at rejsende har ret til prisnedsættelse ved pakkerejser under covid-19, uanset at restriktionerne skyldtes force majeure — arrangørens ansvar er objektivt.

11 Vurderingen af uundgåelige og ekstraordinære omstændigheder efter pakkerejsedirektivet skal foretages fremadskuende på opsigelsestidspunktet, ikke retrospektivt.

12 Erstatningsrejse for en medrejsende (ledsager) forudsætter, at den forsikrede ægtefælle/ledsager er lægeordineret hjemtransporteret — ikke blot at ferien er ødelagt af sygdommen.

13 Stress, angst eller sygedagpengerestriktioner udgør ikke i sig selv en akut sygdom, der giver ret til afbestillingsdækning — der kræves lægefaglig dokumentation for rejseuvirksomhed.

§ 1 Lovgrundlag og den forsikringsretlige ramme for rejseforsikring

Rejseforsikring er en privat skadesforsikring, der supplerer det offentlige EU-sygesikringskort — som kun dækker nødvendig medicinsk behandling i offentligt regi inden for EU/EØS — og den tidligere offentlige rejsesygesikring, der bortfaldt den 1. august 2014 for ferierejser uden for EØS.

De centrale bestemmelser i forsikringsaftaleloven er:

- § 18 om den sikredes fremkaldelse af forsikringsbegivenheden ved forsæt eller grov uagtsomhed — herunder spørgsmålet om, hvorvidt den forsikrede bevidst har rejst trods kendte helbredsrisici.
- §§ 20-21 om retsvirkningen af urigtige eller ufuldstændige oplysninger. § 20 fastsætter, at ansvarsfrihed ikke kan aftales for simpel uagtsomhed (med undtagelse af selvforskyldt beruselse og en 5 %-reduktion), mens § 21 regulerer anmeldelsespligten ved forsikringsbegivenhedens indtræden.
- § 54 om tingsforsikring uden angivelse af bestemt interesse, der i praksis har begrænset relevans for rejseforsikring.
- § 95 om den skadelidtes direkte krav mod selskabet og § 96 om selskabets forhandlingspligt, som i praksis understøtter tabsbegrænsningspligten.

I selve forsikringsaftaleloven er der ikke særlige bestemmelser om rejseforsikring — det er de **standard forsikringsbetingelser** fra selskaberne (og Forsikring & Pensions brancheaftaler), der definerer dækningsomfanget for afbestilling, hjemtransport, sygdom i udlandet, bagage og forsinkelse.

Samspillet med pakkerejseloven — der gennemfører direktiv (EU) 2015/2302 — er centralt: pakkerejsearrangøren har primært ansvar for mangler og kan opsige ved uundgåelige og ekstraordinære omstændigheder, mens rejseforsikringen er sekundær. Se nærmere under pakkerejselov.

LOV Forsikringsaftaleloven § 18 Forsikringsaftaleloven § 20 Forsikringsaftaleloven § 21 Forsikringsaftaleloven § 95 Forsikringsaftaleloven § 96

§ 2 Afbestillingsdækning — kravet om akut og uforudsigelig sygdom

Afbestillingsforsikring dækker som hovedregel kun, når årsagen til afbestillingen er **akut opstået** og **uforudsigelig** på bestillingstidspunktet. Kravet om helbredsmæssig stabilitet ved booking er det hyppigste stridspunkt.

Ankenævnet for Forsikring har i en række kendelser fastlagt de centrale krav:

Akut sygdom kræver lægelig dokumentation for rejseuvirksomhed. I 103689 afviste nævnet dækning, hvor en forsikringstager afbestilte en rejse på grund af stress og sygedagpengeregler. Nævnet udtalte:

> *"Forsikringsbetingelserne giver ikke i sig selv ret til dækning, fordi klageren i forhold til f.eks. jobcenter mv. ikke er berettiget til at holde ferie under en sygemelding."*

Administrative hindringer fylder ikke kategorien "akut nyopstået sygdom".

Planlagt operation afskærer som udgangspunkt ikke dækning, hvis operationen først blev indkaldt efter rejsens bestilling. I 100862 afviste selskabet dækning med henvisning til, at operationen lå efter rejsen. I 101164 afviste nævnet ligeledes dækning for et forlænget behandlingsforløb efter en forudgående planlagt operation, idet den underliggende lidelse var forudbestående.

Tidsmæssig sammenhæng mellem sygdom og afrejse. I 95568 fandt nævnet, at en fars hospitalsindlæggelse i februar ikke udløste dækning for en afbestilling i juli — der kræves relativt tæt tidsmæssig sammenhæng.

PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Afbestilling af rejse pga. stress og regler om sygedagpenge gav ikke ret til erstatning	19.11.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afbestillingsforsikring efter planlagt operation	26.06.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af afbestillingsdækning grundet operation efter planlagt rejsedato	12.06.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afbestillingsforsikring: Afslag på dækning grundet manglende akut sygdom og rejse alene-klausul	18.05.2021

§ 3 Afbestilling ved sygdom hos nær familie — personkredsens afgrænsning

Afbestillingsdækningen rummer typisk en "rejse alene"-klausul: hvis en rejseledsager afbestiller, dækkes den forsikrede kun, hvis vedkommende ellers måtte rejse **alene**. En husstand på flere personer opfylder som udgangspunkt ikke dette krav.

I 95568 fastslog nævnet, at en husstand på fire ikke "rejste alene", fordi klagerens far (der boede andetsteds) ikke kunne deltage. Dækning forudsætter, at den forsikrede reelt ville stå alene uden rejseledsageren.

I 99390 afviste Popermo dækning, da moderens sygdom — selv om en læge frarådede rejse — ikke opfyldte kravene om hospitalsindlæggelse eller "rejse alene". Nævnet bemærkede:

> *"Forsikringen dækker ikke et mistet rejseformål, som f.eks. fejring af en fødselsdag."*

I 101685 afviste nævnet et krav, hvor klagerens mor var kommet til skade, men klagerens police kun dækkede "sikrede på samme rejsebevis, eller en rejseledsager hvis sikrede ellers skulle rejse alene". Den forsikrede personkreds var afgørende.

Personkredsens afgrænsning blev også belyst i 100227, hvor Topdanmark dækkede to af fire deltagere i en skirejse, men afviste de to øvrige (et barn over 21 år og en eksmand på en anden folkeregisteradresse) som stående uden for forsikringens personkreds.

PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning fra afbestillingsforsikring efter familiemedlems sygdom og påstand om vildledende rådgivning	25.09.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afvist dækning for rejsefæller uden for den forsikrede personkreds ved afbestilling af skirejse	13.12.2023
	Ankenævnet for Forsikring · Popermo Forsikring: Afvisning af dækning for afbestilt rejse grundet sygdom hos familiemedlem	10.05.2023
	Ankenævnet for Forsikring · Afbestillingsforsikring: Afslag på dækning grundet manglende akut sygdom og rejse alene-klausul	18.05.2021

§ 4 Hjemtransport og medicinsk nødvendighed

Forsikringsdækning for hjemtransport forudsætter typisk:

1. **Medicinsk nødvendighed** vurderet af selskabets læge
2. **Forhåndsgodkendelse** fra alarmcentralen
3. At hjemtransporten ikke blot er en ruteoptimering, men en lægeordineret transport

I 91185 fandt nævnet, at der ikke var medicinsk indikation for førtidig hjemtransport eller Business Class efter et skulderbrud i udlandet. Nævnet udtalte:

> *"Nævnet finder det ikke bevist, at der var lægelig indikation for, at hun blev hjemtransporteret før tiden eller blev hjemtransporteret på businessclass."*

I 93375 fastslog nævnet derimod, at en ægtefælles hjemrejse efter akut sygdom og hospitalsindlæggelse var en *medicinsk hjemtransport*, fordi SOS International udarbejdede en MEDIF-lægeerklæring til flyselskabet, og behandlingen skulle fortsætte i Danmark. Selskabet måtte anerkende ledsagerens erstatningsrejse.

I 99304 afviste nævnet dækning, fordi klageren bestilte flybilletter mindre end én time efter første kontakt med alarmcentralen — uden at give selskabet mulighed for en lægelig vurdering. Efterfølgende undersøgelser i Danmark viste ingen tegn på alvorlig sygdom.

I 98546 gav nævnet selskabet medhold i valget af ambulancetransport frem for flytransport efter en skiulykke, idet lægeerklæringen angav begge muligheder. Klagerens krav om 100.000 kr. i godtgørelse ud over de allerede udbetalte 10.000 kr. i kulance blev afvist.

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for hjemtransport grundet tvivl om medicinsk nødvendighed og manglende forhåndsgodkendelse	09.08.2023
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse vedrørende utilfredsstillende hjemtransport efter skiulykke	16.11.2022
Ankenævnet for Forsikring · Tvist om erstatningsrejse til ledsager: Var hjemrejse efter sygdom en medicinsk hjemtransport eller almindelig hjemrejse?	22.01.2020
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på godtgørelse for svie og smerte samt pleje efter skulderbrud under ferierejse	21.02.2018

§ 5 Erstatningsrejse og ødelagte feriedøgn

Forsikringsbetingelserne giver typisk ret til en *erstatningsrejse* (en ny rejse svarende til den afbrudte) eller kompensation for *ødelagte feriedøgn*, hvis den forsikrede er lægeordineret hjemtransporteret. Betingelsen er snæver:

- Ferien skal være ødelagt **på grund af hjemtransporten** – ikke alene af sygdommen
- Hjemtransporten skal finde sted **før** den planlagte hjemrejse

I 98453 afviste nævnets flertal dækning for erstatningsrejse, fordi ægtefællens hjemtransport med ambulancefly fandt sted den 11. januar – to dage *efter* den planlagte hjemrejse den 9. januar. Ferien var ødelagt af tilskadekomsten og indlæggelsen, ikke af selve hjemtransporten. Et mindretal mente, at forsinkelsen i ambulanceflyet ikke burde komme ledsageren til skade.

I 102028 afviste nævnet dækning for "ødelagt ferie" efter et dødsfald i familien under en ferie, fordi klageren rejste hjem som planlagt og ikke blev hjemtransporteret før tid.

I 99923 afviste nævnet feriekompensation, fordi denne dækning ikke var tilvalgt på policen, og fordi den alene kan tilvælges for rejser af maks. 1 måneds varighed.

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvist dækning for rejseafbrydelse efter dødsfald i udlandet	11.12.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse vedrørende afbrudt rejse grundet angst og krav om feriekompensation	11.10.2023
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afslag på erstatningsrejse efter tilskadekomst på ferie	15.03.2023

§ 6 Covid-19-pandemien og rejsevejledninger som forsikringsbegivenhed

Covid-19-pandemien 2020-2021 udløste en bølge af afbestillings- og afbrydelsessager, der tydeliggjorde centrale forsikringsretlige principper:

Selskabet kan ikke ensidigt indskrænke dækningen. I 95237 fastslog nævnet, at If Skadeforsikring ikke lovligt kunne indskrænke forsikringsdækningen generelt uden en konkret individuel vurdering. En rejsende i USA, der blev opfordret til hjemrejse den 16. marts 2020, fik medhold i erstatning for erstatningsrejse og ødelagte feriedage. Nævnet udtalte:

> *"Den af selskabet den 16/3 2020 foretagne markante indskrænkning af klagernes forsikringsdækning [...] i hvert fald måtte forudsætte, at selskabet havde foretaget en nærmere og konkret bedømmelse."*

Afbestilling kræver overholdelse af tidsfrister. I 95584 og 95720 afviste nævnet dækning, fordi den forsikrede afbestilte henholdsvis 21 dage og over 2 måneder før afrejse, i strid med betingelsernes krav om afbestilling tidligst 24-72 timer før afrejse.

Markant øget risiko kan udløse dækning – også uden UM-frarådning. I 95362 fandt nævnets flertal, at en rejse til Spanien den 10. marts 2020 var forbundet med "markant øget risiko", selv om Udenrigsministeriet først frarådede rejser den 13. marts 2020.

Kendte risici ved booking afskærer dækning. I 99901 bestilte klageren en rejse den 21. marts 2021 til et land, som Udenrigsministeriet allerede frarådede rejser til. Nævnet fandt, at forsikringsbegivenheden var indtruffet før dækningen trådte i kraft.

Rundrejser: Geografisk afgrænsning. I 95485 afviste nævnets flertal dækning under covid, fordi restriktionerne opstod på destinationer, klageren endnu ikke var ankommet til (Fransk Polynesien og USA), mens vedkommende befandt sig i New Zealand.

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for afbestillingsforsikring grundet indrejseforbud; Udenrigsministeriets rejsevejledning	01.11.2023
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afbestillingsforsikring efter afbestilling af rejse grundet Covid-19 pandemi	18.05.2021
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på afbestillingserstatning ved for tidlig aflysning af rejse under COVID-19	17.03.2021
Ankenævnet for Forsikring · Afbestillingsforsikring: Afbestilling forud for Udenrigsministeriets rejsevejledning	16.12.2020
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af erstatningsrejse efter hjemrejse grundet Covid-19 pandemi	18.11.2020
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning for erstatningsrejse ved afbrydelse af rundrejse under COVID-19	30.09.2020

§ 7 Orange/rød rejsevejledning og undtagelsestilstand ved tegning

Spørgsmålet om, hvornår en rejsevejledning *allerede* gælder ved forsikringstegningen eller rejsens bestilling, er et selvstændigt afvisningsgrundlag:

I 104302 købte klageren en rejse til Israel den 9. juni 2024, da Udenrigsministeriets rejsevejledning allerede var orange. Nævnet udtalte:

> *Forsikringsbegivenheden – det danske Udenrigsministeriums frarådning af turistrejser – var allerede indtruffet, da klageren bestilte rejsen.*

Det forhold, at vejledningen senere blev skærpet fra orange til rød, ændrede intet, da frarådning af turistbesøg gælder under begge niveauer. At selskabet *selv* solgte en ny police til samme destination, kunne heller ikke føre til andet resultat.

I 104227 bestilte klageren en rejse den 5. januar 2023 til et land, der den 14. december 2022 var kommet i undtagelsestilstand. Nævnet fandt — i overensstemmelse med en tidligere kendelse 99.774 — at:

> *"Den usikre situation i destinationslandet var kendt på det tidspunkt, hvor klageren bestilte rejsen, hvorfor der ikke er grundlag for at pålægge selskabet at yde afbestillingsdækning."*

Nævnet tiltrådte desuden selskabets kulancemæssige sondring, hvor dækning kun blev tilbudt for rejser bestilt *før* undtagelsestilstandens erklæring, og fandt denne tidsmæssige grænse sagligt begrundet.

Princippet er klart: **den forsikrede bærer risikoen for kendte og forudsigelige omstændigheder ved booking**.

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Afbestillingsforsikring — rejse bestilt efter erklæret undtagelsestilstand giver ikke ret til dækning (LB Forsikring) 18.03.2026

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af afbestillingsdækning pga. eksisterende orange rejsevejledning ved forsikringstegning 19.11.2025

§ 8 Oplysningspligten og forudbestående sygdom

Forsikringstagerens oplysningspligt ved tegning af rejseforsikring bygger på forsikringsaftaleloven § 18 og de konkrete helbredsspørgsmål i forsikringsbetingelserne.

Højesteret har i BS-14231/2020-HJR fastslået, at en indkaldelse til hospitalsundersøgelse for en arvelig hjertesygdom skabte en "reel mistanke om sygdom", som burde være oplyst ved tegningen. Højesteret udtalte:

> *"En forsikringstager kan [...] ikke i medfør af § 3 a undlade at oplyse om en tidligere eller aktuel sygdom, fordi den er arvelig."*

For rejseforsikring er det største stridspunkt **eksisterende lidelser-undtagelsen** (pre-existing conditions): selskaberne afviser, hvis lidelsen kunne forudses som ustabil ved tegning eller booking, mens den forsikrede skal sandsynliggøre en akut forværring uden for det forventede forløb.

Dette emne er nærmere behandlet under eksisterende-lidelser-sygdomsforsikring. I rejseforsikringssammenhæng anvendes begrebet "helbredsmæssig stabilitet ved bestilling" — den forsikrede skal kunne dokumentere, at helbredstilstanden var stabil og ikke behandlingskrævende på det tidspunkt, rejsen blev bestilt.

LOV Forsikringsaftaleloven § 18

PRAKSIS **Højesteret** · Højesterets dom om oplysningspligt og arvelige sygdomme i forsikringsaftaler 26.02.2021

§ 9 EU-Domstolens praksis om pakkerejsedirektivet og rejseforsikringens sekundære rolle

Samspillet mellem rejseforsikringen og pakkerejsearrangørens ansvar blev væsentligt præciseret af EU-Domstolen i fire afgørelser under covid-19-pandemien:

Objektivt ansvar for prisnedsættelse. I C-396/21 (FTI Touristik) fastslog EU-Domstolen, at rejsende har ret til prisnedsættelse ved pakkerejser under covid-19, uanset at restriktionerne skyldtes force majeure. Arrangørens ansvar er objektivt:

> *"Den pågældende rejsende får denne ret til prisnedsættelse, uanset om manglen skyldes 'ekstraordinære og uundgåelige omstændigheder', som den pågældende rejsearrangør ikke kontrollerer."*

Ingen krav om officielle rejsevejledninger. I C-299/22 (Tez Tour) fastslog EU-Domstolen, at en officiel rejsevejledning ikke er en nødvendig betingelse for gebyrfri opsigelse. Personlige forhold som alder og helbred kan indgå i vurderingen. Omstændigheder, der allerede var kendte ved bestillingen, kan kun påberåbes, hvis situationen efterfølgende undergår en "væsentlig udvikling".

Vurderingstidspunktet er fremadskuende. I C-584/22 (Kiwi Tours) fastslog EU-Domstolen, at der alene skal tages hensyn til forholdene på opsigelsestidspunktet – ikke efterfølgende begivenheder. Arrangøren skal kunne tage stilling til opsigelsens berettigelse straks og inden for 14-dages-refusionsfristen.

Officielle advarsler som bevis, ikke ufravigelig betingelse. I C-546/22 (Schauinsland-Reisen) fastslog EU-Domstolen, at en rejsearrangør kan henvise til officielle rejseadvarsler som bevis for uundgåelige omstændigheder, men advarslen er ikke uigendrivelig – den rejsendes vilje til at rejse er uden betydning for den objektive vurdering.

For **rejseforsikringens** vedkommende betyder dette, at den forsikrede først skal søge refusion hos pakkerejsearrangøren (tabsbegrænsningspligten), og at forsikringen kun dækker det residuale tab.

PRAKSIS

EU-Domstolen · Rejsearrangørs ret til opsigelse af pakkerejser ved officielle rejseadvarsler under covid-19-pandemien	04.10.2024
EU-Domstolen · Fortolkning af 'uundgåelige og ekstraordinære omstændigheder' ved pakkerejser i lyset af covid-19-pandemien	29.02.2024
EU-Domstolen · Retten til at opsige en pakkerejse uden gebyr på grund af uundgåelige og ekstraordinære omstændigheder (COVID-19): Vurderingstidspunktet for opsigelsen	29.02.2024
EU-Domstolen · Ret til prisnedsættelse på pakkerejser ved COVID-19-restriktioner og rejsearrangørens objektive ansvar	12.01.2023

§ 10 Sammenfatning – centrale praksismønstre

Praksis fra Ankenævnet for Forsikring, domstolene og EU-Domstolen tegner et klart billede af rejseforsikringens retlige rammer:

Temagruppe	Dækningsprincip	Typisk udfald
Akut sygdom	Uforudsigelig, dokumenteret af læge, tæt på afrejse	Dækning, hvis betingelser opfyldt
Forudbestående lidelse	Ustabil ved booking → ingen dækning; akut forværring → mulig dækning	Selskabet har bevisbyrden for ustabilitet
Stress/angst	Ikke i sig selv akut sygdom	Ingen dækning

Sygdom hos nær familie	Kræver hospitalsindlæggelse eller "rejse alene"-klausul opfyldt	Afvises ofte for husstande
Hjemtransport	Medicinsk nødvendig + forhåndsgodkendelse	Afvises uden selskabets vurdering
Covid-19	Tidsfristoverholdelse + kendte risici ved booking	Dækning kun ved ny, uforudset udvikling
Orange/rød rejsevejledning	Skal være ændret *efter* booking	Ingen dækning ved kendte advarsler

De vigtigste takeaways for forsikringstagere:

- **Dokumentér helbredstilstanden** ved booking — lægejournal kort efter bestilling styrker sagen
- **Kontakt alarmcentralen** inden disposition — selvstændige handlinger uden forhåndsgodkendelse afskærer typisk dækning
- **Søg refusion hos arrangøren først** — tabsbegrænsningspligten efter forsikringsaftaleloven § 96 og betingelserne kræver det
- **Overhold tidsfrister** — afbestilling 21 dage før afrejse er for tidlig, selv om rejsevejledningen forbliver uændret
- **Uklarhed i policen** kommer som udgangspunkt forsikringstageren til gode — men kun hvis betingelserne er reelt uklare, se nærmere under forsikringspolice-uklarhed

LOV Forsikringsaftaleloven § 96

REFERENCE Lovgrundlag

6 paragraffer

Forsikringsaftaleloven § 18	Forsikringsaftaleloven § 20
Forsikringsaftaleloven § 21	Forsikringsaftaleloven § 54
Forsikringsaftaleloven § 95	Forsikringsaftaleloven § 96

MATERIALE Citerede afgørelser

27 afgørelser

HØJESTERET · ØVERSTE INSTANS 1

26.02.2021	Højesterets dom om oplysningspligt og arvelige sygdomme i forsikringsaftaler	bs-14231-2020-hjr

EU-DOMSTOLEN · EUROPÆISK DOMSTOL 4

04.10.2024	Rejsearrangørs ret til opsigelse af pakkerejser ved officielle rejseadvarsler under covid-19-pandemien	C-546/22
29.02.2024	Fortolkning af 'uundgåelige og ekstraordinære omstændigheder' ved pakkerejser i lyset af covid-19-pandemien	C-299/22
29.02.2024	Retten til at opsige en pakkerejse uden gebyr på grund af uundgåelige og ekstraordinære omstændigheder (COVID-19): Vurderingstidspunktet for opsigelsen	C-584/22

12.01.2023	Ret til prisnedsættelse på pakkerejser ved COVID-19-restriktioner og rejsearrangørens objektive ansvar	C-396/21

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS		22
18.03.2026	Afbestillingsforsikring — rejse bestilt efter erklæret undtagelsestilstand giver ikke ret til dækning (LB Forsikring)	104227
19.11.2025	Afbestilling af rejse pga. stress og regler om sygedagpenge gav ikke ret til erstatning	103689
19.11.2025	Afvisning af afbestillingsdækning pga. eksisterende orange rejsevejledning ved forsikringstegning	104302
11.12.2024	Afgørelse om afvist dækning for rejseafbrydelse efter dødsfald i udlandet	102028
25.09.2024	Afvisning af dækning fra afbestillingsforsikring efter familiemedlems sygdom og påstand om vildledende rådgivning	101685
26.06.2024	Afgørelse om afbestillingsforsikring efter planlagt operation	101164
12.06.2024	Afvisning af afbestillingsdækning grundet operation efter planlagt rejsedato	100862
13.12.2023	Afvist dækning for rejsefæller uden for den forsikrede personkreds ved afbestilling af skirejse	100227
01.11.2023	Afvisning af dækning for afbestillingsforsikring grundet indrejseforbud; Udenrigsministeriets rejsevejledning	99901
11.10.2023	Afgørelse vedrørende afbrudt rejse grundet angst og krav om feriekompensation	99923
09.08.2023	Afvisning af dækning for hjemtransport grundet tvivl om medicinsk nødvendighed og manglende forhåndsgodkendelse	99304
10.05.2023	Popermo Forsikring: Afvisning af dækning for afbestilt rejse grundet sygdom hos familiemedlem	99390
15.03.2023	Afgørelse om afslag på erstatningsrejse efter tilskadekomst på ferie	98453
16.11.2022	Afgørelse vedrørende utilfredsstillende hjemtransport efter skiulykke	98546
18.05.2021	Afgørelse om afbestillingsforsikring efter afbestilling af rejse grundet Covid-19 pandemi	95362
18.05.2021	Afbestillingsforsikring: Afslag på dækning grundet manglende akut sygdom og rejse alene-klausul	95568
17.03.2021	Afslag på afbestillingserstatning ved for tidlig aflysning af rejse under COVID-19	95584
16.12.2020	Afbestillingsforsikring: Afbestilling forud for Udenrigsministeriets rejsevejledning	95720
18.11.2020	Afvisning af erstatningsrejse efter hjemrejse grundet Covid-19 pandemi	95237
30.09.2020	Afslag på dækning for erstatningsrejse ved afbrydelse af rundrejse under COVID-19	95485
22.01.2020	Tvist om erstatningsrejse til ledsager: Var hjemrejse efter sygdom en medicinsk hjemtransport eller almindelig hjemrejse?	93375
21.02.2018	Afslag på godtgørelse for svie og smerte samt pleje efter skulderbrud under ferierejse	91185

26 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over soloulykker og kaskoafvisning ved grov uagtsomhed (FAL §§ 18, 20)

Grov uagtsomhed som alt-eller-intet-kontakt i Ankenævnet for Forsikrings praksis

Version 2 Opdateret 16. jul. 2026 55 afgørelser · 1997–2026 Læs online

INTRODUKTION

Kaskoafvisning ved soloulykker er den hyppigste enkeltstående tvistgenstand i Ankenævnet for Forsikring, og den hviler på en lovteknik, der har stået uændret siden lov om forsikringsaftaler blev gennemført i 1930: § 18, stk. 2 giver som udgangspunkt en fleksibel skyldgradsvurdering, hvor erstatningen kan ydes helt, delvist eller slet ikke – men bestemmelsen er deklaratorisk, og stort set alle danske bilpolicer fraviger den ved at forbeholde selskabet fuldstændig ansvarsfrihed ved grov uagtsomhed. Resultatet er, at § 20 – som præceptivt forbyder ansvarsfrihed ved simpel uagtsomhed – bliver det eneste værn, og at hele tvisten koncentreres om den kvalitative grænse mellem simpel og grov uagtsomhed. Nævnet anvender konsekvent formlen, om adfærden har indebåret "en så indlysende fare for den skete skade", at den må karakteriseres som groft uagtsom, og bevisbyrden herfor påhviler selskabet – men politirapport, teknisk rekonstruktion og uvildige vidner løfter den i praksis næsten altid.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Testen for grov uagtsomhed er, om adfærden har indebåret en så indlysende fare for den skete skade, at den må karakteriseres som groft uagtsom – en kvalitativ tærskel bedømt ex ante, ikke en gradsmåling af afvigelsen.

02 Forsikringsaftalelovens § 18, stk. 2 er deklaratorisk: næsten alle bilpolicer erstatter lovens fleksible skyldgradsskøn med fuldstændig ansvarsfrihed, hvorved grov/simpel-grænsen bliver en alt-eller-intet-kontakt.

03 Forsikringsaftalelovens § 20 er det præceptive gulv: ansvarsfrihed kan ikke aftales for simpel uagtsomhed – kun afkortning af indtil 5 pct. eller ansvarsfrihed ved selvforskyldt beruselse.

04 Bevisbyrden for grov uagtsomhed påhviler selskabet efter almindelige forsikringsretlige principper; løftes den ikke, får klageren fuld erstatning med renter efter § 24.

05 Ved hastighedsindicerede soloulykker vejer den RELATIVE overskridelse tungere end den absolutte: ca. +25 pct. kombineret med et øjebliks uopmærksomhed nåede ikke tærsklen, mens +70 pct. og derover konsekvent gør.

06 Dårlige vej-, vejr- og sigtforhold er skærpende, ikke undskyldende, fordi færdselslovens § 41 pålægger føreren at tilpasse hastigheden netop til disse forhold.

07 Kortvarig uopmærksomhed er arketypen på simpel uagtsomhed; den bliver grov, når den kombineres med en hastighed der fjerner reaktionsmarginen, en rutinemæssig risikoaccept eller tilsidesættelse af en tydelig advarsel.

08 Kørsel over for rødt lys anses efter nævnets faste praksis som udgangspunkt for groft uagtsom, og formildende omstændigheder anerkendes praktisk taget aldrig.

09 Straffesagens udfald er ikke afgørende: manglende straf for hensynsløs kørsel udelukker ikke grov uagtsomhed i forsikringsretlig forstand, og tiltalefrafald på grund af forældelse er retligt neutralt.

10 Omvendt bruges en vedtaget bøde og betinget frakendelse efter færdselslovens § 125, stk. 1, nr. 1 rutinemæssigt som bevisdatum FOR grov uagtsomhed.

11 Forsæt efter § 18, stk. 1 kræver bevis for vilje til skaden – men når forsættet er lagt til grund, bærer den sikrede selv bevisbyrden for undtagelsen i § 19, stk. 1.

12 Beskyttelsen i § 19, stk. 1 (under 14 år, sindssygdom, åndssvaghed, forbigående sindsforvirring) kan gyldigt fraviges i policen, hvis fravigelsen er sket med den fornødne klarhed.

13 Grov uagtsomhed rammer kun kaskoen: ansvarsforsikringen hæfter fuldt ud efter § 18, stk. 2, 2. pkt., og regres mod føreren kræver grov hensynsløshed efter færdselslovens § 108, stk. 2.

14 Vilkår om nedslidte dæk og lignende behandles som sikkerhedsforskrifter efter § 51, hvorved bevisbyrden vendes: den sikrede skal godtgøre, at overtrædelsen ikke var årsag til uheldet.

15 Procentuel dækningsreduktion har hjemmel i § 18, stk. 2, men bruges næsten aldrig på bilområdet, fordi policerne har skrevet skønnet ud; klagerens reelle løftestang er bevisbyrden, ikke proportionaliteten.

16 Tidstro forklaringer i politiets anmeldelses- og afhøringsrapporter vejer systematisk tungere end senere forklaringer, der fremkommer i en tvistsituation.

17 Kravet forældes 3 år efter skaden med en 1-årig tillægsfrist fra selskabets endelige afvisning, jf. § 29, stk. 5 – en klager, der har ret i sagen, men sover på fristen, taber alt.

§ 1 Lovens tredeling: forsæt, grov uagtsomhed og det præceptive gulv i § 20

Retsgrundlaget for kaskoafvisning ved soloulykker er en tredeling i forsikringsaftaleloven, der har stået **uændret siden loven blev gennemført i 1930** på grundlag af det fællesnordiske kommissionsudkast fra 1919-kommissionen. Hverken § 18 eller § 20 er ændret siden lovforslagets fremsættelse den 6. november 1929 (Folketingstidende 1929-30, tillæg A, s. 1345), og der foreligger ingen vedtagne-men-ikke-konsoliderede ændringer.

Forsæt – § 18, stk. 1:

> *Fremkalder den sikrede forsætligt forsikringsbegivenheden, har han ikke noget krav mod selskabet.*

Grov uagtsomhed – § 18, stk. 2:

> *Har han fremkaldt forsikringsbegivenheden ved en uagtsomhed, der under de foreliggende omstændigheder må betegnes som grov, skal det under hensyn til skyldgraden og omstændighederne i øvrigt afgøres, om erstatning skal ydes og i bekræftende fald med hvilket beløb. Ved livsforsikring og ansvarsforsikring hæfter selskabet dog fuldt ud.*

Gulvet – § 20:

> *Det kan ikke med retsvirkning aftales, at selskabet skal være fri for ansvar, hvis forsikringsbegivenheden er fremkaldt ved en uagtsomhed, der ikke kan betegnes som grov. Denne bestemmelse er ikke til hinder for, at det aftales, dels at selskabet skal være fri for ansvar for forsikringsbegivenheder, som den sikrede har forårsaget under selvforskyldt beruselse, dels at selskabet kan afkorte indtil 5 pct. i erstatningen, hvis forsikringsbegivenheden er fremkaldt ved en uagtsomhed, der ikke kan betegnes som grov.*

Den afgørende arkitektur er, at **§ 18 er deklaratorisk, mens § 20 er præceptiv**. Lovgiver beskrev selv afvejningen i de almindelige bemærkninger fra 1929:

> *Lovforslagets Bestemmelser er dels ufravigelige (præceptive), dels og for Størstedelens Vedkommende saadanne, der kan fraviges ved Parternes Aftale (deklaratoriske). Afgørelsen af, i hvilket Omfang Lovens Regler bør være ufravigelige, har beroet paa en Afvejelse af, til den ene Side ikke uden vægtige Grunde at gøre Indgreb i det i dansk Ret gældende Princip om Kontraktsfrihed, til den anden Side at træffe Bestemmelser til Værn for Forsikringstageren og den sikrede.*

I praksis udnytter selskaberne aftalefriheden fuldt ud. Nævnets tilbagevendende slutformel er, at selskabet **har forbeholdt sig fuldstændig ansvarsfrihed** – se kendelse nr. 101372 (pkt. 17.3.6), nr. 100184 (pkt. 20.2.1), nr. 91068 (pkt. 19.1) og nr. 85976 (pkt. 19.1). Vælger selskabet derimod blot at gengive lovens ordlyd i policen, er vilkåret uden selvstændig betydning – som nævnet konstaterede i kendelse nr. 76690: "Selskabets forsikringsbetingelser punkt 27B, som gentager lovens regel, er således uden selvstændig betydning for sagens udfald."

Konsekvensen for den soloforulykkede bilist er skarp: § 20 sikrer, at simpel uagtsomhed **altid** er dækket (bortset fra en eventuel 5 pct.-afkortning), mens grov uagtsomhed under en typisk police koster **hele** erstatningen. Der er intet mellemlag. Hele sagen står og falder derfor med ét spørgsmål – på hvilken side af grov/simpel-grænsen kørslen ligger.

LOV Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 1-2 | Forsikringsaftaleloven § 20

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Afgørelse om afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved kørsel i oversvømmet område 22.01.2025

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning efter kørsel over for rødt lys - grov uagtsomhed?	07.02.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved færdselsuheld	22.11.2017
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning efter kørsel mod rødt lys på grund af grov uagtsomhed	22.09.2014
Ankenævnet for Forsikring · Sag om afvisning af dækning for totalskadet bil pga. påstået grov uagtsomhed	17.05.2010

§ 2 Normen: den "indlysende fare" som kvalitativ tærskel

Nævnet og domstolene anvender en enslydende formel, der ikke måler *hvor meget* føreren afveg, men om faren for **netop den indtrådte skade** var åbenbar på handlingstidspunktet.

Standardformuleringen fremgår af kendelse nr. 91068:

> *Efter en samlet vurdering af sagen finder nævnet, at klagerens adfærd har indebåret en så indlysende fare for en skade, at den må karakteriseres som groft uagtsom i forsikringsaftalelovens forstand, jf. forsikringsaftalelovens § 18, stk. 2.*

Selskaberne har kodificeret normen i selve policeteksten. Topdanmark definerer i kendelse nr. 100184 grov uagtsomhed som "Adfærd, der indebærer en indlysende fare for, at skaden vil ske."

Domstolene bruger samme test. Retten i Roskilde formulerede den generelt i **BS-16281/2022-ROS**:

> *Efter praksis er det afgørende for, om en uagtsomhed kan karakteriseres som grov, at den skadevoldende handling indebærer en indlysende fare for den indtrådte skade.*

Retten på Frederiksberg anvendte den samme norm i **BS-19339/2022-FRB** (landmand stak hånden i en kornsnegl, som han vidste ville starte uvarslet inden for få minutter) og i **BS-2852/2021-FRB** (mobilkran væltet, fordi støttebenene ikke var slået ud i strid med manualens pkt. 12.1).

Normen er **trans-substantiel**: den samme formel anvendes uændret på kørsel over en busgrav (kendelse nr. 103737):

> *Nævnet finder, at kørslen over busgraven har indebåret en så indlysende fare for skade på bilen, at kørslen må anses for at være groft uagtsomt, hvorfor nævnet ikke kan kritisere, at selskabet har afvist dækning.*

– og på kørsel i en bussluse (kendelse nr. 98857), på grundstødning med båd (kendelse nr. 63035) og på fyrværkeriulykker (kendelse nr. 103802).

Tre karakteristika ved normen er værd at fremhæve:

- **Ex ante-bedømmelse.** Spørgsmålet er, om faren var indlysende, *da* handlingen blev foretaget – ikke om skaden i bakspejlet var forudsigelig.
- **Konkret farerelation.** Det skal være faren for *den skete* skade, der var indlysende. En abstrakt farlig kørsel er ikke nok, hvis skadesmekanismen var en anden.
- **Ingen krav om forsæt til risikoen.** Der kræves hverken bevidst risikotagning eller ligegyldighed. Nævnet har flere gange lagt til grund, at føreren *troede* han handlede forsvarligt, og alligevel statueret grov uagtsomhed.

LOV Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 2

PRAKSIS

Byretten · Afvisning af forsikringsdækning grundet grov uagtsomhed ved ulykke med kornsnegl	21.11.2023
Byretten · Chauffør kendt erstatningsansvarlig for grov uagtsomhed efter kørsel over for rødt lys	08.11.2023
Byretten · Forsikringsselskab frifundet for dækning af mobilkranhavari på grund af grov uagtsomhed fra kranfører	02.02.2023
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning efter nedkørsel i busgrav: Grov uagtsomhed ved overhaling af bus	19.11.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning for alvorlig håndskade ved fyrværkeriulykke grundet grov uagtsomhed	19.11.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning efter kørsel over for rødt lys - grov uagtsomhed?	07.02.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning efter kørsel i bussluse grundet grov uagtsomhed	14.12.2022
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved færdselsuheld	22.11.2017
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning efter grundstødning pga. grov uagtsomhed	25.10.2004

§ 3 Hastighed som hovedindikator ved soloulykker – den relative overskridelse afgør

Hastighed er den enkeltfaktor, der oftest bærer en kaskoafvisning ved soloulykker. Praksis viser, at det ikke er den **absolutte** hastighed, men **overskridelsens relative størrelse** sammenholdt med vejens karakter, der er udslagsgivende.

Sag	Hastighed / grænse	Øvrige forhold	Udfald
94759 (2020)	ca. 110 km/t i svingkurve med 40 km/t	motorvejsafkørsel, hasarderede vognbaneskift, krydsede spærreflade	Grov – ingen dækning
102434 (2025)	min. 85 km/t / 50 km/t (+**70 pct.**)	vådt føre, tusmørke, egen oplysning om træthed, DanCrash-rapport	Grov (kravet dog forældet)
100814 (2024)	120-130 km/t / 80 km/t	mørke, regn, vådt føre, kapkørsel, ramte træ med ca. 90 km/t	Grov – ingen dækning
91068 (2017)	op mod 150 km/t / 70 km/t; sving med mindst 60 km/t	to uvildige vidner, totalskade, forlod uheldsstedet	Grov – ingen dækning
102136 (2025)	80-90 km/t / 60 km/t	tæt tåge, sigt under 100 m, overså rundkørsel	Grov – ingen dækning
76690 (2010)	ca. 100 km/t / 80 km/t (+**25 pct.**)	tabt cigaret, promille (mindsteværdi) 0,48, blød højrekurve	**IKKE grov – dækning**

Kontrasten mellem nr. **102434** og nr. **76690** er den mest oplysende i hele materialet. I 2010-sagen kørte føreren ca. 100 km/t på en 80-vej, tabte en cigaret, bøjede sig ned efter den, mistede herredømmet og rullede rundt på en mark. Selskabet fremhævede, at blodprøven først blev taget mindst 2½ time efter uheldet, at promillen i uheldsøjeblikket derfor formentlig havde været tæt på 1,00, og at føreren dagligt indtog 300 mg Efexor med frarådning af alkohol. Nævnet afviste alligevel:

> *Efter sin gennemgang af sagen … finder nævnet, at selskabet ikke har godtgjort, at klagerens plejesøn ved sin kørsel umiddelbart før og i uheldsøjeblikket har forvoldt skaden ved en uagtsomhed, der er så grov, at selskabet i medfør af forsikringsaftalelovens § 18 kan afvise at udbetale erstatning til klageren.*

Afgørende var, at promillen lå under den strafferetlige grænse, at hastighedsoverskridelsen var beskeden, og at den momentvise uopmærksomhed heller ikke i kombination hermed nåede tærsklen.

Et nyttigt – men ikke bindende – orienteringspunkt for, hvornår en overskridelse er kvalificeret, findes i færdselsrettens egne tærskler. Efter Rigsadvokatmeddelelsen om frakendelse af førerretten skal førerretten frakendes betinget, når føreren har overskredet hastighedsgrænsen "med mere end 60 pct. eller har kørt med en hastighed på 160 km i timen eller derover", jf. færdselslovens § 125, stk. 1. De sager, hvor nævnet statuerer grov uagtsomhed på hastighed alene, ligger konsekvent i eller over dette leje.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 2 · Færdselsloven § 125, stk. 1	
PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning fra ulykkesforsikring efter solouheld i rundkørsel på grund af grov uagtsomhed	25.06.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af erstatning som følge af forældelse efter grov uagtsomhed og uretmæssigt salg af bil	22.01.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på kaskodækning ved færdselsuheld grundet grov uagtsomhed og kapkørsel	17.04.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af dækning for totalskadet bil grundet grov uagtsomhed	10.06.2020
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved færdselsuheld	22.11.2017
	Ankenævnet for Forsikring · Sag om afvisning af dækning for totalskadet bil pga. påstået grov uagtsomhed	17.05.2010

§ 4 Vej-, vejr- og sigtforhold skærper – de undskylder ikke

Et gennemgående klageranbringende er, at mørke, regn, tåge, blænding eller en uoverskuelig vejindretning gjorde uheldet undskyldeligt. Anbringendet slår **systematisk fejl** – og af en strukturel grund: færdselslovens § 41, stk. 1 pålægger netop føreren at tilpasse hastigheden til de vanskelige forhold:

> *Et køretøjs hastighed skal til enhver tid være afpasset efter forholdene med særligt hensyn til andres sikkerhed. Den kørende skal herved tage vej-, vejr- og sigtforholdene, køretøjets tilstand og belæsning samt færdselsforholdene i øvrigt i betragtning. Hastigheden må aldrig blive større, end at føreren bevarer fuldt herredømme over køretøjet. Der skal kunne standses på den strækning af kørebanen foran køretøjet, som føreren har udsyn over, og foran enhver hindring, der kan påregnes.*

§ 41, stk. 2 opregner desuden de situationer, der kræver "en efter forholdene passende lav hastighed" – herunder nedsat sigtbarhed på grund af lys- eller vejrforhold (nr. 2), vejkryds og vejsving (nr. 3), risiko for blænding (nr. 6) og vådt, glat eller fedtet føre (nr. 8). Kataloget kortlægger 1:1 de faktorer, der i nævnspraksis optræder som **skærpende** indikatorer.

Mønstret bekræftes gennemgående:

- **Tåge.** I kendelse nr. 102136 kørte klageren 80-90 km/t i en 60-zone i tæt tåge med sigt under 100 m og oversåen rundkørsel med adskillige advarselsskilte. Nævnet fandt hastigheden "markant for høj i forhold til de konkrete sigtbarheds- og vejrforhold" og henviste udtrykkeligt til færdselslovens § 3, stk. 1.

- **Mørke og regn.** I kendelse nr. 100814 lagde nævnet vægt på, at uheldet skete under vanskelige forhold (mørke, regn og våd vej), hvilket "stillede skærpede krav til førerens agtpågivenhed".
- **Solblænding og ukendt vej.** I kendelse nr. 85976 fritog solblænding og ukendskab til vejen ikke føreren – tværtimod skærpede de kravet om tilpasning. Elleve år senere er linjen den samme: i kendelse nr. 103864 noterede nævnet, at klageren kørte mod vest med solen i ryggen, at blændingen derfor måtte være meget kortvarig, og at der ved 45-50 km/t var tid nok til at sætte farten ned på de 25-30 meter frem til krydset:

> *Nævnet finder, at der ikke er sådanne formildende omstændigheder, som kan føre til, at klageren ikke ved sin kørsel har handlet groft uagtsomt.*

- **Kendte, afmærkede hindringer.** Kørsel uden om en afspærring og ud i vand af ukendt dybde (kendelse nr. 101372), over en busgrav trods skilte og hajtænder (kendelse nr. 103737) og gennem en bussluse med fem advarselsskilte (kendelse nr. 98857) er alle blevet karakteriseret som groft uagtsomt. I busslusesagen tillagde nævnet det særlig vægt, at klageren havde **rig mulighed for at vende** på den brede vej, før hun nåede frem til graven.

Den praktiske lære: gode oversigtsforhold gør en fejl grov, fordi den var undgåelig; dårlige forhold gør en fejl grov, fordi de udløste en skærpet tilpasningspligt, som blev tilsidesat. Forholdene hjælper kun klageren, hvis de var **genuint upåregnelige** og efterlod **ingen reaktionstid** – en kombination der i det gennemgåede materiale ikke er slået igennem.

LOV	Færdselsloven § 3, stk. 1 · Færdselsloven § 41, stk. 1-2	
PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af kaskodækning ved kørsel over for rødt lys grundet solblænding	19.11.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning efter nedkørsel i busgrav: Grov uagtsomhed ved overhaling af bus	19.11.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning fra ulykkesforsikring efter solouheld i rundkørsel på grund af grov uagtsomhed	25.06.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved kørsel i oversvømmet område	22.01.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på kaskodækning ved færdselsuheld grundet grov uagtsomhed og kapkørsel	17.04.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning efter kørsel i bussluse grundet grov uagtsomhed	14.12.2022
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning efter kørsel mod rødt lys på grund af grov uagtsomhed	22.09.2014

§ 5 Distraktion, træthed og "klapfejl" – hvor grænsen faktisk går

Kortvarig uopmærksomhed er arketypen på **simpel** uagtsomhed. Klagere påberåber sig derfor rutinemæssigt "klapfejl"-doktrinen med henvisning til Højesterets dom **U 2000.1093 H**, hvor en cyklist, der kørte over for rødt lys på grund af manglende opmærksomhed, ikke blev anset for groft uagtsom. Argumentet blev bl.a. gjort gældende i kendelse nr. 103864 og i **BS-19339/2022-FRB**.

Materialet viser, at doktrinen har et reelt, men snævert anvendelsesområde. Uopmærksomheden bliver **grov**, når den kombineres med mindst én af tre faktorer:

1.

En hastighed, der fjerner reaktionsmarginen. Sammenlign kendelse nr. 76690 (bøjede sig efter en tabt cigaret ved ca. 100 km/t på en 80-vej → ikke grov) med kendelse nr. 102434, hvor selskabet lagde vægt på træthed efter en lang dag **kombineret med** min. 85 km/t på våd vej i en 50-zone og kendskab til de parkerede lastbiler på strækningen.

2. **Rutinemæssig risikoaccept frem for en enkeltstående fejl.** I **BS-19339/2022-FRB** afviste Retten på Frederiksberg klapfejl-argumentet netop, fordi landmanden gennem ti år havde praktiseret samme fremgangsmåde: han vidste, at kornsneglen "uvarslet ville begynde at køre indenfor et ikke nærmere fastsat kortere tidsrum", og alligevel stak han hånden ind.
3. **En tydelig advarsel, der blev tilsidesat.** Se busgrav- og busslusesagerne (kendelse nr. 103737 og nr. 98857).

Konkrete distraktionskilder er systematisk blevet afvist som formildende:

- **Samtale med passagerer.** I kendelse nr. 91381 førte klageren samtale med tre amerikanske forretningsforbindelser. Nævnet vendte anbringendet mod ham: "Det kan ikke udelukkes, at samtalen med passagererne distraherede klageren" – anført som en del af begrundelsen **for** grov uagtsomhed.
- **Fysisk gene.** I kendelse nr. 96929 forklarede føreren, at han fik noget i øjet med nedsat syn til følge. Nævnet lagde afgørende vægt på, at der ikke blev fundet bremsespor – han havde altså ikke sænket farten trods det angiveligt nedsatte syn.
- **Ildebefindende.** I kendelse nr. 94759 kom påstanden om ildebefindende først frem to dage efter uheldet – hverken politirapporten eller den første telefonanmeldelse nævnte det. Hverken et journalnotat fra egen læge eller en vidneerklæring fra en kammerat kunne ændre resultatet.

Endelig viser sagsparret **BS-16281/2022-ROS** → **BS-57732/2023-OLR** en vigtig nuance: Østre Landsret fastholdt byrettens vurdering af, at kortvarig uopmærksomhed ved kørsel frem for rødt var **groft uagtsom**, men lod ansvaret bortfalde af helt andre grunde (se sektionen om procentuel reduktion). Skyldgraden og retsfølgen er to adskilte led.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 2 · Færdselsloven § 55a, stk. 1	
PRAKSIS	**Landsretten** · Frifindelse af chauffør for erstatningskrav trods grov uagtsomhed ved færdselsuheld i tjenesten	02.06.2025
	Byretten · Afvisning af forsikringsdækning grundet grov uagtsomhed ved ulykke med kornsnegl	21.11.2023
	Byretten · Chauffør kendt erstatningsansvarlig for grov uagtsomhed efter kørsel over for rødt lys	08.11.2023
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning ved kørsel over for rødt lys grundet solblænding	19.11.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning efter nedkørsel i busgrav: Grov uagtsomhed ved overhaling af bus	19.11.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af erstatning som følge af forældelse efter grov uagtsomhed og uretmæssigt salg af bil	22.01.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning efter kørsel i bussluse grundet grov uagtsomhed	14.12.2022
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved kørsel over for rødt lys	14.09.2022
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af dækning for totalskadet bil grundet grov uagtsomhed	10.06.2020
	Ankenævnet for Forsikring · Forsikringstager nægtet kaskodækning efter kørsel mod rødt lys i komplekst kryds	07.03.2018

Ankenævnet for Forsikring · Sag om afvisning af dækning for totalskadet bil pga. påstået grov uagtsomhed 17.05.2010

§ 6 Bevisbyrden ligger hos selskabet – men de objektive spor bærer den

Udgangspunktet er utvetydigt og gentages i næsten hver kendelse. Fra kendelse nr. 93639:

> *Nævnet bemærker endvidere, at det efter almindelige forsikringsretlige principper påhviler selskabet at bevise, at skaden er fremkaldt ved grov uagtsomhed.*

Og fra kendelse nr. 100560:

> *Ankenævnet bemærker, at bevisbyrden for, at klageren har fremkaldt forsikringsbegivenheden ved grov uagtsomhed, påhviler selskabet. Efter en samlet vurdering finder nævnet, at selskabet ikke har bevist, at der var en så indlysende fare for den skete skade, at klageren har fremkaldt forsikringsbegivenheden ved grov uagtsomhed.*

Bevisbyrden er reel. Den klareste kaskosag, hvor selskabet **ikke** løftede den, er kendelse nr. 97093: klageren gjorde gældende, at hun kørte frem for **gult**, ikke rødt. Nævnet fandt, at der bestod en sådan usikkerhed om lyssignalets farve, at bevisbyrden ikke var løftet, og lagde vægt på, at modpartens medpassager ikke kunne betragtes som et fuldt uvildigt vidne, at der hverken forelå andre uafhængige vidneforklaringer eller videoovervågning, og at **selskabet end ikke havde indhentet oplysninger om udfaldet af en eventuel straffesag**. Selskabet blev pålagt at genoptage sagen, og erstatningen skulle forrentes efter § 24. Samme resultat i kendelse nr. 76690, nr. 94261 og nr. 100476.

I soloulykkessager løftes bevisbyrden imidlertid næsten altid af de objektive spor:

- **Tidstro forklaringer slår senere forklaringer.** I kendelse nr. 102136 fastholdt nævnet medpassagerens oplysning om 80-90 km/t i politiets anmeldelsesrapport frem for senere vidneforklaringer, "som opstår i en tvistsituation". I kendelse nr. 94759 blev klagerens egen afhøringsrapport (110 km/t) lagt til grund frem for hans senere version.
- **Teknisk rekonstruktion.** DanCrash-rapporter bar afgørelserne i kendelse nr. 100814 (120-130 km/t; nævnet fandt "ikke grundlag for at tilsidesætte DanCrash-rapportens konklusioner") og nr. 102434 (min. 85 km/t).
- **Skadesbilledet som hastighedsindikator.** I kendelse nr. 91068 tillagde nævnet det vægt, at bilen blev totalskadet, "hvilket understøttede, at uheldet skete med betydelig hastighed".
- **Uvildige vidner.** To indbyrdes uafhængige vidner i nr. **91068** og nr. **100814**; et vidne, der beskrev hjulspind ved kraftig acceleration på våd asfalt, i kendelse nr. 101210.
- **Digitale spor.** I kendelse nr. 104202 viste bilens fejllager, at en fejlkode på højre baklys blev registreret kl. 01:08 – **syv minutter efter** klagerens opkald til vejhjælpen kl. 01:01; på optagelsen af opkaldet hørtes kraftige bankelyde i baggrunden. I kendelse nr. 96655 afgjorde et vidnes dash-cam sagen.

Selskabets undersøgelse er selv retligt indrammet. Efter vejledningen til bekendtgørelse nr. 330 af 7. april 2016 om god skik for finansielle virksomheder skal et selskab, der undersøger mistænkelige forhold, gennemføre undersøgelsen "på en loyal og hensynsfuld måde over for den sikrede", enhver foranstaltning skal være proportional, og selskabet skal vælge den mindst indgribende. Vejledningen fastslår udtrykkeligt, at det er en overtrædelse af god skik-bekendtgørelsens § 3 at anvende GPS-sporing uden samtykke eller benytte falsk identitet, og at beslutning om personobservation skal træffes på et højere niveau i selskabet end sædvanligt.

Praktisk konsekvens: bevisbyrden er formelt selskabets, men når politirapport, teknisk rapport og et uvildigt vidne foreligger, er den de facto løftet – hvorefter det reelt er klageren, der skal godtgøre formildende omstændigheder.

LOV Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 2 Forsikringsaftaleloven § 24, stk. 1

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Afvist kaskoerstatning for totalskadet bil som følge af tvivl om hændelsesforløb og tegn på manipulerede skader	07.01.2026
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning fra ulykkesforsikring efter solouheld i rundkørsel på grund af grov uagtsomhed	25.06.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af erstatning som følge af forældelse efter grov uagtsomhed og uretmæssigt salg af bil	22.01.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning grundet nedslidte dæk og grov uagtsomhed	07.08.2024
Ankenævnet for Forsikring · Sag om brandskade ved tagdækning: Spørgsmål om grov uagtsomhed	29.05.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på kaskodækning ved færdselsuheld grundet grov uagtsomhed og kapkørsel	17.04.2024
Ankenævnet for Forsikring · Sag om afvist dækning for arbejdsulykke under ulykkesforsikring - spørgsmål om grov uagtsomhed	20.03.2024
Ankenævnet for Forsikring · Tvist om kaskodækning: Bevisbyrden for grov uagtsomhed ved kørsel i lyskryds	16.03.2022
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om grov uagtsomhed ved kørsel over for rødt lys	24.11.2021
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på forsikringsdækning af bilskade grundet tvivl om hændelsesforløb og mistanke om selvforskyldte skader	16.12.2020
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for ulykkesskade på rundsav grundet påstået grov uagtsomhed	10.06.2020
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af dækning for totalskadet bil grundet grov uagtsomhed	10.06.2020
Ankenævnet for Forsikring · Sag om brandskade forårsaget af ukrudtsbrænder: Spørgsmål om grov uagtsomhed	21.08.2019
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved færdselsuheld	22.11.2017
Ankenævnet for Forsikring · Sag om afvisning af dækning for totalskadet bil pga. påstået grov uagtsomhed	17.05.2010

§ 7 Forsæt efter § 18, stk. 1 og undtagelserne i § 19

Forsæt efter § 18, stk. 1 er sjældent, fordi det kræver bevis for vilje til **skaden** – ikke blot til kørslen. Når det først er lagt til grund, er retsvirkningen absolut: "har han ikke noget krav mod selskabet".

Paradigmesagen er kendelse nr. 94258: en tidligere udsendt soldat med svær PTSD kørte den 7. februar 2019 sin bil ind i et træ med ca. 100 km/t. Til politiet på stedet forklarede han, at han bevidst havde påkørt træet for at tage sit eget liv, og et vidne så ham foretage en U-vending og derefter accelerere mod træet. Nævnet lagde forsæt til grund.

Herefter forskydes tyngdepunktet til § 19, stk. 1:

> *Bestemmelserne i § 18 om bortfald eller begrænsning af selskabets ansvar finder ikke anvendelse, når den sikrede var under 14 år eller på grund af sindssygdom, åndssvaghed, forbigående sindsforvirring eller lignende tilstand har manglet evnen til at handle fornuftsmæssigt.*

(Bemærk, at undtagelsen findes i **§ 19, stk. 1** – ikke i § 18, stk. 2, som den undertiden fejlciteres. § 19, stk. 2 rummer desuden en nødhandlingsregel for handlinger foretaget "til afværgelse af skade på person eller ejendom" under forsvarlige omstændigheder.)

Tre principper styrer § 19 i praksis:

1. Bevisbyrden ligger hos den sikrede. Fra kendelse nr. 101623:

> *Nævnet bemærker, at det er klageren/barnet, der skal bevise, at barnet i gerningsøjeblikket var omfattet af forsikringsaftalelovens § 19 pga. sindssygdom, åndssvaghed, forbigående sindsforvirring eller lignende tilstand, som har betydet, at barnet har manglet evnen til at handle fornuftsmæssigt.*

I nr. **94258** blev bevisbyrden ikke løftet trods to speciallægeerklæringer med diagnosen "posttraumatisk belastningsreaktion i svær grad". Nævnet lagde afgørende vægt på, at en journal fra Veterancentret få dage før uheldet noterede, at klageren kunne "skubbe [selvmordstankerne] væk".

2. § 19 kan fraviges i policen. Dette er den mest overraskende – og for den sikrede mest byrdefulde – pointe i materialet. I kendelse nr. 100295 var klageren ved byretsdom **frifundet for straf efter straffelovens § 16, stk. 1** og idømt ambulant psykiatrisk behandling efter § 68, fordi han var sindssyg i gerningsøjeblikket under en politijagt. Alligevel fik han ikke dækning, fordi policens pkt. 5.15 lød:

> *Uanset sikredes sindstilstand eller tilregnelighed ved fremkaldelse af skade, dækker forsikringen ikke skade der skyldes: A. Sikredes forsætlige handling eller grov uagtsomhed... D. Sikredes deltagelse i slagsmål eller andre ulovligheder.*

Nævnets konklusion:

> *Nævnet finder, at selskabet i forsikringsbetingelsernes pkt. 5.15. med den fornødne klarhed har fraveget forsikringsaftalelovens § 19. Det kan derfor ikke føre til andet resultat, at klageren var sindssyg, da ulykken indtraf.*

Testen er altså "**den fornødne klarhed**" – og beskyttelsen i § 19 er kun så stærk som policen tillader.

3. Straffesagens tilregnelighedsbedømmelse er en stærk indikator. I kendelse nr. 98284 lagde nævnet vægt på, at ægtefællen ikke var fundet utilregnelig efter straffelovens § 16, at den retspsykiatriske erklæring konkluderede, at han ikke var sindssyg, og at der trods store mængder alkohol ikke var mistanke om en abnorm rustilstand. At han var fundet omfattet af § 69, ændrede intet, da retspsykiateren ikke kunne anbefale anden foranstaltning end straf. Tilsvarende i nr. **101623**, hvor domfældelse efter § 69 – og ikke den mere vidtgående § 16 – talte imod § 19.

Forsæt som bevisspørgsmål. I praksis rejses forsætsmistanken oftere som et spørgsmål om, hvorvidt der overhovedet er indtruffet en dækningsberettigende begivenhed – her bærer klageren bevisbyrden. Se kendelse nr. 104202 (ridser i cirkler og slagskader svarende til værktøj), nr. 95488 (skader forenelige med bilens eget aftagelige anhængertræk; ridser der pegede oppefra og ned og ikke på en vandret trækollision) og nr. 98425 (påsat bilbrand).

LOV Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 1 Forsikringsaftaleloven § 19, stk. 1-2 Straffeloven § 16, stk. 1

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Afvist kaskoerstatning for totalskadet bil som følge af tvivl om hændelsesforløb og tegn på manipulerede skader 07.01.2026

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af erstatningsansvar for voldsepisode begået af person med autisme 05.02.2025

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for ulykkestilfælde ved politijagt trods sindssyge: Gyldig fravigelse af forsikringsaftalelovens § 19 13.12.2023

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for brandskade: Forsæt og sindstilstand 14.12.2022

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af erstatning for bilbrand grundet tvivl om hændelsesforløb og mistanke om forsætlig brandstiftelse 30.11.2022

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på forsikringsdækning af bilskade grundet tvivl om hændelsesforløb og mistanke om selvforskyldte skader 16.12.2020

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på kaskodækning efter selvmordsforsøg: Tvist om forsætlig handling versus psykisk tilstand (PTSD) 15.04.2020

§ 8 Kørsel over for rødt lys – kalibreringspunktet for grov-normen

Selv om emnet her er soloulykker, er rødlyssagerne det sted, hvor nævnet har formuleret grov-normen mest eksplicit. De fungerer som **kalibreringspunkt** for, hvor tærsklen ligger, og hvor lidt der skal til, før et anbringende om formildende omstændigheder falder.

Udgangspunktet er formuleret i kendelse nr. 100184:

> *Det er nævnets praksis, at tingsskade forvoldt ved kørsel over for rødt lys som udgangspunkt anses for at være forvoldt ved grov uagtsomhed. Kun hvis der foreligger formildende omstændigheder, kan dette udgangspunkt fraviges efter en konkret vurdering.*

Oversigten over de anbringender, klagerne har forsøgt, og deres udfald:

Anbringende	Sag	Udfald
Solblænding	85976 (2014), 103864 (2025)	Afvist – kortvarig; skærper i stedet
Fik noget i øjet	96929 (2022)	Afvist – ingen bremsespor
Forvekslede lyssignaler	94998 (2020)	Afvist
Troede lyset var grønt / fejlorientering	96655 (2021), 97796 (2022)	Afvist – dash-cam/foto viste tre røde signaler
Kompliceret kryds; grønne lamper på nabo-p-plads	91381 (2018)	Afvist
Krydset er en "sort plet"; trafikingeniør-kritik	100184 (2024)	Afvist – notatet viste ikke, at krydset var ulovligt
Regn, blæst, mørke, genskin	100184 (2024)	Afvist
Vejarbejde og glat føre	101419 (2024)	Afvist
Modpartens medskyld / stofpåvirkning	98091 (2022), 96655 (2021)	Irrelevant for kaskoen
Mange års fejlfri køreerfaring	91381, 94998, 97796	Ikke tillagt vægt

Særligt to træk fortjener fremhævelse. For det første **vendes lokalkendskab mod klageren**: i kendelse nr. **97796** lagde nævnet vægt på, at klageren var vant til at køre på strækningen og "derfor burde være bekendt med lyssignalernes placering". For det andet er **modpartens forhold uden betydning for kaskoen**: i kendelse nr. **98091** ændrede modpartens positive narkotest intet, fordi årsagen til kollisionen var klagerens egen fremkørsel for rødt.

Samme linje ses i nr. 90383 (2017), nr. 92383 (2018), nr. 92797 (2019), nr. 99220 (2023) og nr. 102456 (2025).

Den **eneste** vej ud går gennem beviset, ikke formildelsen – se kendelse nr. 97093, hvor usikkerhed om lysets farve gav klageren medhold.

Uden for lyskrydsene bekræfter kendelse nr. 54703 (2001) tærsklen fra den anden side: en bilist, der efter en verbal konfrontation kørte efter modparten og op på siden af ham for at bringe hans kørsel til ophør, handlede groft uagtsomt – selv om anklagemyndigheden i straffesagen ikke fandt det godtgjort, at han havde forvoldt skaden med forsæt, og retten nøjedes med en advarsel.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 2 · Færdselsloven § 4, stk. 1	
PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af kaskodækning ved kørsel over for rødt lys grundet solblænding	19.11.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Kørsel frem mod rødt lys og forsikringsselskabets krav om tilbagebetaling af kaskoerstatning grundet grov uagtsomhed	23.04.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om grov uagtsomhed ved kørsel over for rødt lys trods vejarbejde og glat føre	07.08.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning efter kørsel over for rødt lys - grov uagtsomhed?	07.02.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved kørsel over for rødt lys	29.03.2023
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvist dækning efter færdselsuheld i lyskryds grundet grov uagtsomhed	28.09.2022
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved kørsel over for rødt lys	14.09.2022
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på kaskodækning efter kørsel mod rødt lys: Spørgsmålet om grov uagtsomhed	27.04.2022
	Ankenævnet for Forsikring · Tvist om kaskodækning: Bevisbyrden for grov uagtsomhed ved kørsel i lyskryds	16.03.2022
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om grov uagtsomhed ved kørsel over for rødt lys	24.11.2021
	Ankenævnet for Forsikring · Alka Forsikring: Afvisning af dækning efter kørsel over for rødt lys	21.10.2020
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på kaskodækning ved kørsel over for rødt lys og tvist om selvrisiko efter færdselsuheld	01.05.2019
	Ankenævnet for Forsikring · Tryg Forsikring: Afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved kørsel over for rødt lys	26.09.2018
	Ankenævnet for Forsikring · Forsikringstager nægtet kaskodækning efter kørsel mod rødt lys i komplekst kryds	07.03.2018
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning efter kørsel mod rødt lys	27.09.2017
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning efter kørsel mod rødt lys på grund af grov uagtsomhed	22.09.2014
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed	09.07.2001

§ 9 Straffesagen og forsikringssagen er to forskellige normer

Klagere anfører rutinemæssigt, at de ikke blev straffet, at tiltalen blev opgivet, eller at bøden var beskeden. Nævnet afviser konsekvent argumentet. Den klareste formulering står i kendelse nr. 102136:

> *Nævnet bemærker endvidere, at det forhold, at klageren ikke er blevet straffet for hensynsløs kørsel efter færdselsloven, ikke er ensbetydende med, at adfærden ikke kan karakteriseres som groft uagtsom i forsikringsretlig henseende. Det afgørende er, om adfærden indebar en så indlysende fare for skade, som sket*

Selskabet formulerede pointen skarpt i kendelse nr. 91068: "Der gælder forskellige normer i straffe- og erstatningsret; det er ikke i sig selv ulovligt at handle groft uagtsomt."

De færdselsretlige tærskler ligger højere. Efter Rigsadvokatmeddelelsen om vanvidskørsel tager færdselslovens § 118, stk. 10 "sigte på de groveste færdselslovsovertrædelser", og anvendelsesområdet svarer til § 126, stk. 1, nr. 4 om særlig hensynsløs kørsel. Grov uagtsomhed i forsikringsretlig forstand ligger **under** dette niveau – deraf asymmetrien.

Tiltalefrafald og forældelse er neutrale. Tre eksempler:

- I kendelse nr. 100814 mente klageren, at han var blevet "frikendt", da anklagemyndigheden opgav tiltalen i juni 2023. Selskabet indhentede en udtalelse fra specialanklageren, og nævnet noterede: "selskabet har været i kontakt med specialanklageren, der har oplyst, at sagen ikke er vurderet materielt, og at tiltalefrafaldet skyldes forældelse", jf. straffelovens § 93.
- I kendelse nr. 98091 skete politiets frafald efter retsplejelovens § 721, stk. 1, nr. 2 på grund af forældelse. Nævnet: dette "har ingen betydning for forsikringsselskabets vurdering af grov uagtsomhed".
- I kendelse nr. 100560 fastslog nævnet tilsvarende, at politiets frafald af sigtelsen efter beredskabslovens § 71 "ikke har selvstændig betydning for vurderingen af grov uagtsomhed i forsikringsretlig forstand".

Samme resultat ved domstolene: i **BS-5886/2022-HEL** fandt Retten i Helsingør, at "den manglende straffesag mod Sagsøger ikke kunne føre til et andet resultat".

Asymmetrien: domfældelse tæller derimod med. En vedtaget bøde og en betinget frakendelse efter færdselslovens § 125, stk. 1, nr. 1 – for "under tilsidesættelse af væsentlige hensyn til færdselssikkerheden" at have voldt skade eller fremkaldt fare herfor – anvendes rutinemæssigt som bevisdatum **for** grov uagtsomhed. Se kendelse nr. 96929 (bøde 2.500 kr. + betinget frakendelse i tre år: vedtagelsen "underbygger, at forseelsen ikke umiddelbart skyldtes øjenirritationen"), nr. 91381, nr. 100184 og nr. 103864 samt **BS-16281/2022-ROS**.

Beviskravene er også forskellige. Straffesagen kræver bevis ud over rimelig tvivl. Illustrativt er **SS-2108/2025-OLR**, hvor Østre Landsret i februar 2026 frifandt for overtrædelse af færdselslovens § 55 a, stk. 1, fordi politibetjenten alene havde observeret, at føreren *holdt* telefonen – ikke at hun **benyttede** dens kommunikations- eller optagefunktioner. I forsikringssagen gælder intet tilsvarende beviskrav; her afgøres spørgsmålet efter almindelige civilretlige principper om sandsynliggørelse.

Afgrænsningsmæssigt henvises til praksisoversigten om spirituskørsel og praksisoversigten om vanvidskørsel for de strafferetlige normer og for konfiskation af køretøjet.

LOV Færdselsloven § 55a, stk. 1 · Færdselsloven § 118, stk. 10 · Færdselsloven § 125, stk. 1

PRAKSIS
- **Landsretten** · Frifindelse for brug af håndholdt mobiltelefon under kørsel – blot at holde telefonen i hånden er ikke tilstrækkeligt — 11.02.2026
- **Byretten** · Chauffør kendt erstatningsansvarlig for grov uagtsomhed efter kørsel over for rødt lys — 08.11.2023
- **Byretten** · Personskadeerstatning nedsat grundet grov uagtsomhed ved færdselsuheld — 13.01.2023

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning ved kørsel over for rødt lys grundet solblænding	19.11.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning fra ulykkesforsikring efter solouheld i rundkørsel på grund af grov uagtsomhed	25.06.2025
Ankenævnet for Forsikring · Kørsel frem mod rødt lys og forsikringsselskabets krav om tilbagebetaling af kaskoerstatning grundet grov uagtsomhed	23.04.2025
Ankenævnet for Forsikring · Sag om brandskade ved tagdækning: Spørgsmål om grov uagtsomhed	29.05.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på kaskodækning ved færdselsuheld grundet grov uagtsomhed og kapkørsel	17.04.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning efter kørsel over for rødt lys - grov uagtsomhed?	07.02.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvist dækning efter færdselsuheld i lyskryds grundet grov uagtsomhed	28.09.2022
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved kørsel over for rødt lys	14.09.2022
Ankenævnet for Forsikring · Forsikringstager nægtet kaskodækning efter kørsel mod rødt lys i komplekst kryds	07.03.2018
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved færdselsuheld	22.11.2017

§ 10 Procentuel reduktion: hjemlen findes i § 18, stk. 2 – men bilpolicerne har skrevet den ud

Ordlyden af § 18, stk. 2 hjemler udtrykkeligt en gradueret løsning: "skal det under hensyn til **skyldgraden og omstændighederne i øvrigt** afgøres, om erstatning skal ydes og i bekræftende fald **med hvilket beløb**". Loven forudsætter altså, at 50 pct. dækning er et muligt udfald.

På bilområdet er skønnet imidlertid aftalt bort. Nævnets slutformel er invariant: *"Da selskabet har forbeholdt sig fuldstændig ansvarsfrihed ved grov uagtsomhed i henhold til forsikringsbetingelsernes pkt. ..., kan nævnet ikke kritisere selskabets afgørelse"* – jf. kendelse nr. 101372, nr. 100184, nr. 91068 og nr. 85976. Udfaldet er binært.

De få steder, hvor reduktion faktisk optræder, er lærerige:

- **5 pct.-fradraget.** I kendelse nr. 100560 valgte Alm. Brand at reducere erstatningen efter en brand under tagdækning med **5 pct., svarende til 346.500 kr.** (314.000 kr. på husforsikringen og 32.500 kr. på indbo) frem for at afvise helt. Nævnet tilsidesatte fradraget i sin helhed, fordi bevisbyrden for grov uagtsomhed ikke var løftet. Bemærk, at 5 pct.-satsen spejler netop den afkortning, som § 20 tillader ved **simpel** uagtsomhed.
- **Kulance som skjult reduktion.** I kendelse nr. 93639 havde selskabet udbetalt 30.000 kr. for brandskadet indbo og 15.047,05 kr. for oprydning "pr. kulance", mens det fastholdt grov uagtsomhed over for et krav på 90.146,50 kr. Nævnets flertal fandt bevisbyrden ikke løftet og pålagde fuld erstatning; mindretallet ville have ladet den delvise betaling stå. Se tilsvarende kendelse nr. 101028.

Uden for forsikringsaftaleloven er graduering derimod normen – men på andre hjemler og med andre tærskler:

- **Færdselslovens § 101, stk. 2, jf. § 103, stk. 1.** I **BS-5886/2022-HEL** nedsatte Retten i Helsingør en motorcyklists personskadeerstatning med **1/3**, efter at han havde trukket ind mellem to biler bag en blinkende traktor og accelereret højre om den. Bemærk den højere tærskel her: efter fast retspraksis, jf. **U.2013.3370H**, kræves "meget grov uagtsomhed", før nedsættelse kan ske.

- **Erstatningsansvarslovens § 23, stk. 3.** I **BS-57732/2023-OLR** var parterne enige om, at chaufførens kørsel for rødt var groft uagtsom, men Østre Landsret lod alligevel hele ansvaret på 87.404,69 kr. bortfalde:

> *På den baggrund og henset til skadens størrelse set i forhold til Adciterede A/S' og Appellants ... økonomiske forhold finder landsretten, at Appellants ... erstatningsansvar – uanset den udviste grad af uagtsomhed – skal bortfalde.*

Dommen ændrede Retten i Roskildes resultat i **BS-16281/2022-ROS**, hvor det fulde beløb var tilkendt. Da forsikringsselskabet ikke kan opnå bedre ret end sin forsikringstager, bortfaldt regreskravet helt.

Konklusion for praktikeren: Den soloforulykkede bilist, der ønsker et nedslag frem for en total afvisning, har intet krav herpå efter § 18, stk. 2, når policen siger "fuldstændig ansvarsfrihed". Den reelle løftestang er **bevisbyrden**, ikke proportionaliteten. Ønsker man graduering, skal man ind ad en anden dør – færdselslovens § 101, stk. 2 (personskade) eller erstatningsansvarslovens §§ 23-24 (regres mod ansatte).

LOV Erstatningsansvarsloven § 23, stk. 3 · Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 2 · Forsikringsaftaleloven § 20 · Færdselsloven § 101, stk. 2

PRAKSIS

Landsretten · Frifindelse af chauffør for erstatningskrav trods grov uagtsomhed ved færdselsuheld i tjenesten	02.06.2025
Byretten · Chauffør kendt erstatningsansvarlig for grov uagtsomhed efter kørsel over for rødt lys	08.11.2023
Byretten · Personskadeerstatning nedsat grundet grov uagtsomhed ved færdselsuheld	13.01.2023
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved kørsel i oversvømmet område	22.01.2025
Ankenævnet for Forsikring · Sag om brandskade ved tagdækning: Spørgsmål om grov uagtsomhed	29.05.2024
Ankenævnet for Forsikring · Tvist om erstatningsnedsættelse efter brand forårsaget af ukrudtsbrænder: Grov uagtsomhed eller ej?	15.05.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning efter kørsel over for rødt lys - grov uagtsomhed?	07.02.2024
Ankenævnet for Forsikring · Sag om brandskade forårsaget af ukrudtsbrænder: Spørgsmål om grov uagtsomhed	21.08.2019
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved færdselsuheld	22.11.2017
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning efter kørsel mod rødt lys på grund af grov uagtsomhed	22.09.2014

§ 11 Kasko, ansvar, regres og selvrisiko – hvor grov uagtsomhed faktisk bider

Grov uagtsomhed rammer **kun kaskoen**. Det følger direkte af § 18, stk. 2, 2. pkt.: "Ved livsforsikring og ansvarsforsikring hæfter selskabet dog fuldt ud."

På ansvarssiden er tærsklen for regres desuden markant højere. Færdselslovens § 108, stk. 2:

> *En aftale mellem forsikringsselskabet og forsikringstageren om, at selskabet skal have regres mod den, der efter § 104 er ansvarlig for skaden, når forsikringsbegivenheden er fremkaldt af den ansvarlige ved uagtsomhed, har kun retsvirkning, hvis forsikringsbegivenheden er fremkaldt ved en uagtsomhed, der kan betegnes som **grov hensynsløshed**.*

Samme konstruktion gentages i bekendtgørelse om ansvarsforsikring for motordrevne køretøjer mv. § 3 og § 15 samt i bekendtgørelse om udlejning af motorkøretøjer uden fører § 15. Der er altså **tre niveauer**: simpel

uagtsomhed (altid dækket, jf. § 20) – grov uagtsomhed (kasko bortfalder) – grov hensynsløshed (regres på ansvarssiden).

Kendelse nr. 91068 illustrerer opdelingen perfekt. Samme kørsel – op mod 150 km/t i en 70-zone, sving med mindst 60 km/t, påkørsel af et lyssignal – gav to modsatte resultater:

- **Kaskoen:** afvist for grov uagtsomhed.
- **Ansvarskaden på lyssignalet:** dækket, fordi kørslen efter selskabets vurdering "ikke var groft hensynsløs i færdselsretlig forstand".

Sagen viser tillige, hvordan **panthaverdeklarationen** omfordeler tabet: selskabet udbetalte 139.214,72 kr. til panthaver i henhold til deklarationen og dækkede bugsering med 1.376,25 kr.; bilen blev solgt for 21.000 kr., og selskabet gjorde herefter regres mod klageren for **119.590,97 kr.** Banken bliver altså holdt skadesløs, mens hele tabet lander hos den sikrede – som ovenikøbet står uden bil.

Regres mod ansat fører løber ad en anden vej, gennem erstatningsansvarsloven. I **BS-16281/2022-ROS** indtrådte Gjensidige efter § 22 i arbejdsgiverens ret, og chaufførens beskyttelse efter § 19, stk. 3 bortfaldt netop på grund af den grove uagtsomhed. Østre Landsret nåede i **BS-57732/2023-OLR** modsat resultat efter § 23, stk. 3.

Selvrisiko er et selvstændigt lag. I kendelse nr. 92797 bortfaldt kaskodækningen for grov uagtsomhed, men selskabet anerkendte ansvaret over for lastbilen og opkrævede **8.000 kr. i selvrisiko** – 4.000 kr. efter policen plus 4.000 kr. i bonusregulering udløst af en tidligere anmeldt skade fra oktober 2014. Under nævnsbehandlingen nedsatte selskabet beløbet til 4.000 kr., fordi den tidligere skade ikke havde medført udgifter, og klagegebyret blev tilbagebetalt. En total kaskoafvisning slukker altså ikke selvrisikospørgsmålet på ansvarssiden.

Kredsen af sikrede har selvstændig betydning. I kendelse nr. 94195 fik bilens **ejer** intet, da policen blev ophævet med tilbagevirkende kraft efter § 6, stk. 1, fordi forsikringstageren (brugeren) havde oplyst urigtigt om sine kørekortforhold ved tegningen – ejeren kunne ikke opnå bedre ret end forsikringstageren. Modsat i kendelse nr. 44498, hvor forsikringstageren bevarede dækningen, fordi det ikke var godtgjort, at han vidste eller burde vide, at den, han overlod nøglerne til, ville køre i bilen.

LOV Erstatningsansvarsloven § 19, stk. 3 · Erstatningsansvarsloven § 22 · Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 2 · Færdselsloven § 108, stk. 2

PRAKSIS

Landsretten · Frifindelse af chauffør for erstatningskrav trods grov uagtsomhed ved færdselsuheld i tjenesten	02.06.2025
Byretten · Chauffør kendt erstatningsansvarlig for grov uagtsomhed efter kørsel over for rødt lys	08.11.2023
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af kaskoskadeerstatning til bilejer grundet forsikringstagers urigtige oplysninger om kørekortforhold	01.04.2020
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på kaskodækning ved kørsel over for rødt lys og tvist om selvrisiko efter færdselsuheld	01.05.2019
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved færdselsuheld	22.11.2017
Ankenævnet for Forsikring · Sag om afvisning af kaskodækning grundet kørsel uden gyldigt kørekort	15.12.1997

§ 12 Sikkerhedsforskrifter efter § 51 – det parallelle spor med omvendt bevisbyrde

Et strategisk vigtigt – og let overset – alternativ til § 18, stk. 2 er § 51. Kan selskabet karakterisere policevilkåret som en **sikkerhedsforskrift**, vendes bevisbyrden.

§ 51, stk. 1:

> *Er der i forsikringsaftalen givet pålæg om forholdsregler, der før forsikringsbegivenhedens indtræden skal iagttages for at forebygge denne eller formindske skadens omfang, og har den sikrede ... gjort sig skyldig i forsømmelse med hensyn til overholdelsen af sådant pålæg, har den sikrede kun krav mod selskabet, når og for så vidt det må anses godtgjort, at forsikringsbegivenhedens indtræden eller omfang ikke skyldes overtrædelse af disse forskrifter.*

Kendelse nr. 101210 (2024) er skoleeksemplet. Klageren mistede kontrollen efter et venstresving, kørte ind i et vejskilt og videre ind i en betonblok. Alle fire dæk var nedslidte til under 1,6 mm, og mønstret på det ene bagdæk var "nærmest helt væk". Nævnet førte **ikke** sagen gennem § 18, stk. 2, men gennem § 51:

> *Nævnet bemærker, at forsikringsbetingelsernes punkt 20.1.9 om nedslidte dæk er en sikkerhedsforskrift, jf. Forsikringsaftaleloven § 51. Har klageren ikke overholdt sikkerhedsforskriften, har klageren kun krav på dækning, hvis klageren kan godtgøre, at bilulykken ikke skyldes en uagtsom overtrædelse af sikkerhedsforskriften, eller at der ikke er årsagssammenhæng mellem de ulovlige dæk og ulykkens indtræden.*

De faktorer, nævnet lagde vægt på, var klassiske:

- Klageren havde **tidligere samme dag** fået en påtale af politiet netop for de nedslidte dæk.
- Vidner forklarede om venstresving med ca. 50 km/t efterfulgt af kraftig acceleration, og et vidne beskrev hjulspind på den våde asfalt.
- Bilen var ifølge en autoriseret forhandler udstyret med avanceret elektronik, som i glat føre automatisk begrænser udskridning og acceleration – den burde altså ikke have mistet grebet.
- Vejen var våd, men belægningen jævn og oversigtsforholdene gode.

Konklusionen: klageren havde "ikke godtgjort, at den manglende dækmønsterdybde ikke var hovedårsag til ulykken", og han havde heller ikke godtgjort, at andre forhold end det våde føre med rimelighed kunne anses for hovedårsagen. Ingen dækning. Klageren blev tillige bødestraffet efter færdselslovens § 118, stk. 1, nr. 1 og § 67, stk. 2.

Hvorfor det betyder noget: under § 18, stk. 2 skal selskabet bevise grov uagtsomhed. Under § 51 skal den sikrede bevise fravær af årsagssammenhæng. For soloulykker, der involverer dæk, lys, bremser eller belæsning, er det derfor en reel strategisk forgrening, hvilket spor selskabet vælger.

Begrænsningen ligger i § 51, stk. 2, der er præceptiv: "Aftale, der går ud på i videre omfang end angivet at fritage selskabet for ansvar, når sådanne forskrifter overtrædes, er uden retsvirkning." Selskabet kan altså ikke gøre overtrædelsen til en ubetinget dækningsundtagelse – den sikrede har altid adgang til at føre modbevis om årsagssammenhængen.

Grov uagtsomhed anvendes tilsvarende uden for selve kørslen – se kendelse nr. 102894 om biltyveri efter groft uagtsom nøglehåndtering.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 51, stk. 1-2 · Færdselsloven § 67, stk. 2	
PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af kaskodækning ved biltyveri på grund af grov uagtsomhed i nøglehåndtering samt varsling af præmieforhøjelse	05.11.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning grundet nedslidte dæk og grov uagtsomhed	07.08.2024

§ 13 Procesuelle rammer: nævnsbehandling, forældelse og tilbagebetaling

Afgørelsesform og sagsnumre. Ankenævnet for Forsikring afgør sagerne ved kendelse med den faste slutformel *"Som følge heraf bestemmes: Klageren får ikke medhold"*. Sagsnumrene løber fortløbende; kaskosagerne om grov uagtsomhed fra 2022-2026 ligger i serien fra ca. 96.000 til over 105.000 – fra kendelse nr. 96772 (januar 2022) over nr. 99299 og nr. 100089 til nr. 104202 (januar 2026).

Klagegebyret tilbagebetales, når selskabet under nævnsbehandlingen imødekommer klageren helt eller delvist – se kendelse nr. 92797 (selvrisikoen nedsat fra 8.000 til 4.000 kr.), nr. 97093, nr. 100560 og nr. 93639.

Nævnet kan afvise sager, der kræver egentlig bevisførelse. Efter nævnets vedtægter § 4, stk. 1, kan nævnet afstå fra at behandle en sag, hvis den skønnes uegnet til nævnsbehandling – fx fordi den kræver bevisførelse, der ikke kan ske for nævnet. I kendelse nr. 76388 angav en speciallægeerklæring og Patientforsikringens afgørelse helt forskellige årsager til hændelsen, og nævnet konkluderede: *"Tvisten kan derfor ikke afgøres uden en nærmere bevisførelse under en retssag, eventuelt med indhentning af udtalelser fra Retslægerådet."* Sagen om grov uagtsomhed ved en soloulykke vil sjældent falde i denne kategori – netop fordi politirapporten og den tekniske rapport giver et skriftligt grundlag.

Forældelse er den mest oversete faldgrube. Kravet forældes efter forældelseslovens § 2 og § 3 tre år fra det tidligste tidspunkt, hvor kravet kunne fremsættes, med den særlige tillægsfrist i forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5 på ét år fra selskabets endelige afvisning.

Kendelse nr. 102434 viser konsekvensen i sin skarpeste form. Uheldet skete 23. august 2020; selskabet afviste og meddelte den 8. december 2020 – hvor det samtidig **erkendte**, at det uberettiget havde solgt klagerens bil til en ophugger for ca. 17.000 kr. uden hans samtykke. Klageren indbragte først sagen den 16. oktober 2024:

> *Nævnet har også lagt vægt på, at den 1-årige frist i forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, senest løber fra selskabets afvisning den 8/12 2020. Den 1-årige tillægsforældelsesfrist er derfor udløbet forud for, at klageren indbragte sagen for nævnet.*

Nævnet nåede dermed hverken frem til spørgsmålet om grov uagtsomhed eller til det erkendt uberettigede salg. **En klager, der har ret i sagen, men sover på fristen, taber alt.**

Renter. Når nævnet omgør en afvisning, forrentes erstatningen efter § 24 – jf. kendelse nr. 100560, nr. 94261, nr. 97093 og nr. 76690.

Tilbagebetaling af allerede udbetalt erstatning. Selskabet kan som hovedregel kræve en ydelse tilbage, hvis det har betalt uden forpligtelse og hverken vidste eller burde vide, at der var noget galt. Men i kendelse nr. 92996 fik Tryg **ikke** en totalskadeerstatning på 29.162 kr. tilbage: selskabets egen taksator havde allerede den 9. juni 2017 konstateret, at der næppe var tale om en forsikringsbegivenhed, og alligevel udbetalte selskabet den 12. juni 2017 – **uden forbehold om tilbagebetaling**. Nævnet fandt, at selskabet havde haft mulighed for at foretage yderligere undersøgelser før udbetalingen. Sammenlign kendelse nr. 102456, hvor tilbagebetalingskravet netop var tvistens genstand.

Praktisk lære for selskabet: tag forbehold ved udbetaling, og undersøg **før** – ikke efter.

LOV Forsikringsaftaleloven § 24, stk. 1 Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 5 Forældelsesloven § 3, stk. 1

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Afvist kaskoerstatning for totalskadet bil som følge af tvivl om hændelsesforløb og tegn på manipulerede skader	07.01.2026
Ankenævnet for Forsikring · Kørsel frem mod rødt lys og forsikringsselskabets krav om tilbagebetaling af kaskoerstatning grundet grov uagtsomhed	23.04.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af erstatning som følge af forældelse efter grov uagtsomhed og uretmæssigt salg af bil	22.01.2025
Ankenævnet for Forsikring · Sag om brandskade ved tagdækning: Spørgsmål om grov uagtsomhed	29.05.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning efter solouheld: Spørgsmål om grov uagtsomhed og bevisbyrde	06.03.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved solouheld i rundkørsel	23.08.2023
Ankenævnet for Forsikring · Tvist om kaskodækning: Bevisbyrden for grov uagtsomhed ved kørsel i lyskryds	16.03.2022
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved biluheld	05.01.2022
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for ulykkesskade på rundsav grundet påstået grov uagtsomhed	10.06.2020
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om tilbagebetaling af totalskadeerstatning efter færdselsuheld	20.11.2019
Ankenævnet for Forsikring · Sag om brandskade forårsaget af ukrudtsbrænder: Spørgsmål om grov uagtsomhed	21.08.2019
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på kaskodækning ved kørsel over for rødt lys og tvist om selvrisiko efter færdselsuheld	01.05.2019
Ankenævnet for Forsikring · Sag om afvisning af dækning for totalskadet bil pga. påstået grov uagtsomhed	17.05.2010
Ankenævnet for Forsikring · Sag om afvisning af ulykkesforsikringsdækning efter faldtraume	01.02.2010

§ 14 Sammenfatning: hvad afgør en soloulykkessag

Praksis er bemærkelsesværdigt stabil på tværs af tre årtier og hviler på en enkelt, uændret lovbestemmelse fra 1930. Følgende ti punkter opsummerer, hvad der faktisk afgør en kaskosag efter en soloulykke.

1. **Policen, ikke loven, bestemmer retsfølgen.** § 18, stk. 2 hjemler graduering, men næsten alle bilpolicer forbeholder fuldstændig ansvarsfrihed. Læs vilkåret først – det afgør, om der overhovedet er et mellemlag at forhandle om.
2. **§ 20 er det eneste præceptive værn.** Simpel uagtsomhed skal dækkes. Derfor er hele kampen grov/simpel – og derfor er sagen binær.
3. **Testen er kvalitativ.** Var faren for den skete skade indlysende, da føreren handlede? Ikke: hvor meget afveg han?
4. **Hastighedens relative størrelse er hovedindikatoren.** Ca. +25 pct. kombineret med et øjebliks uopmærksomhed nåede ikke tærsklen (kendelse nr. 76690). Fra ca. +70 pct. og opefter er udfaldet konsekvent grov uagtsomhed (kendelse nr. 102434, nr. 94759, nr. 100814, nr. 91068).
5. **Dårlige forhold hjælper aldrig.** Færdselslovens § 41 gør dem til en skærpet tilpasningspligt. Tåge, mørke, regn, blænding og vådt føre optræder i nævnspraksis udelukkende som skærpende faktorer (kendelse nr. 102136, nr. 103864).
6. **Den første forklaring binder.** Politiets anmeldelses- og afhøringsrapport slår senere versioner – også når de er understøttet af lægejournal og vidneerklæring (kendelse nr. **94759**, nr. **102136**).

7. **Bevisbyrden er selskabets – og den er reel.** Kendelse nr. 97093, nr. 100560 og nr. 76690 viser, at et selskab, der bygger på et tyndt eller ikke-uvildigt bevisgrundlag, taber. Det er klagerens bedste – ofte eneste – angrebsvinkel.
8. **Straffesagen er ikke facit.** Frifindelse, tiltalefrafald og forældelse er retligt neutrale (kendelse nr. 102136, nr. 100814, nr. 98091) – mens en vedtaget bøde og betinget frakendelse tæller imod klageren.
9. **Tjek, om selskabet bruger § 51-sporet.** Handler sagen om dæk, lys eller bremser, kan vilkåret være en sikkerhedsforskrift med **omvendt** bevisbyrde (kendelse nr. 101210).
10. **Reagér i tide.** Tre år fra skaden, ét år fra den endelige afvisning, jf. § 29, stk. 5. Kendelse nr. 102434 er en advarsel: selv et erkendt uberettiget salg af klagerens bil kunne ikke redde et forældet krav.

Den samlede vurdering er, at kaskoafvisning ved soloulykker er et af de mest forudsigelige områder i dansk forsikringsret. Nævnet fraviger sjældent sine udgangspunkter, og de sager, klagerne vinder, vindes så godt som altid på **bevis** – ikke på formildelse eller på proportionalitet.

LOV Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 2 · Forsikringsaftaleloven § 20 · Forsikringsaftaleloven § 51, stk. 1 · Færdselsloven § 41, stk. 1

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning ved kørsel over for rødt lys grundet solblænding	19.11.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning fra ulykkesforsikring efter solouheld i rundkørsel på grund af grov uagtsomhed	25.06.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af erstatning som følge af forældelse efter grov uagtsomhed og uretmæssigt salg af bil	22.01.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning grundet nedslidte dæk og grov uagtsomhed	07.08.2024
Ankenævnet for Forsikring · Sag om brandskade ved tagdækning: Spørgsmål om grov uagtsomhed	29.05.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på kaskodækning ved færdselsuheld grundet grov uagtsomhed og kapkørsel	17.04.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvist dækning efter færdselsuheld i lyskryds grundet grov uagtsomhed	28.09.2022
Ankenævnet for Forsikring · Tvist om kaskodækning: Bevisbyrden for grov uagtsomhed ved kørsel i lyskryds	16.03.2022
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af dækning for totalskadet bil grundet grov uagtsomhed	10.06.2020
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved færdselsuheld	22.11.2017
Ankenævnet for Forsikring · Sag om afvisning af dækning for totalskadet bil pga. påstået grov uagtsomhed	17.05.2010

REFERENCE Lovgrundlag

6 paragraffer

Forsikringsaftaleloven § 18	stk. 1-2	Forsikringsaftaleloven § 19	stk. 1
Forsikringsaftaleloven § 20		Forsikringsaftaleloven § 51	stk. 1
Færdselsloven § 41	stk. 1-2	Færdselsloven § 108	stk. 2

MATERIALE Citerede afgørelser

55 afgørelser

LANDSRETTEN · ANKEINSTANS		2
11.02.2026	Frifindelse for brug af håndholdt mobiltelefon under kørsel – blot at holde telefonen i hånden er ikke tilstrækkeligt	10533-12424
02.06.2025	Frifindelse af chauffør for erstatningskrav trods grov uagtsomhed ved færdselsuheld i tjenesten	10428-12279

BYRETTEN · FØRSTE INSTANS		4
21.11.2023	Afvisning af forsikringsdækning grundet grov uagtsomhed ved ulykke med kornsnegl	9914-11599
08.11.2023	Chauffør kendt erstatningsansvarlig for grov uagtsomhed efter kørsel over for rødt lys	10410-12251
02.02.2023	Forsikringsselskab frifundet for dækning af mobilkranhavari på grund af grov uagtsomhed fra kranfører	9669-11283
13.01.2023	Personskadeerstatning nedsat grundet grov uagtsomhed ved færdselsuheld	8317-9824

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS		49
07.01.2026	Afvist kaskoerstatning for totalskadet bil som følge af tvivl om hændelsesforløb og tegn på manipulerede skader	104202
19.11.2025	Afvisning af kaskodækning efter nedkørsel i busgrav: Grov uagtsomhed ved overhaling af bus	103737
19.11.2025	Afslag på dækning for alvorlig håndskade ved fyrværkeriulykke grundet grov uagtsomhed	103802
19.11.2025	Afvisning af kaskodækning ved kørsel over for rødt lys grundet solblænding	103864
05.11.2025	Afvisning af kaskodækning ved biltyveri på grund af grov uagtsomhed i nøglehåndtering samt varsling af præmieforhøjelse	102894
25.06.2025	Afvisning af dækning fra ulykkesforsikring efter solouheld i rundkørsel på grund af grov uagtsomhed	102136
23.04.2025	Kørsel frem mod rødt lys og forsikringsselskabets krav om tilbagebetaling af kaskoerstatning grundet grov uagtsomhed	102456
05.02.2025	Afslag på dækning af erstatningsansvar for voldsepisode begået af person med autisme	101623
22.01.2025	Afgørelse om afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved kørsel i oversvømmet område	101372
22.01.2025	Afvisning af erstatning som følge af forældelse efter grov uagtsomhed og uretmæssigt salg af bil	102434
07.08.2024	Afvisning af kaskodækning grundet nedslidte dæk og grov uagtsomhed	101210
07.08.2024	Afgørelse om grov uagtsomhed ved kørsel over for rødt lys trods vejarbejde og glat føre	101419
29.05.2024	Sag om brandskade ved tagdækning: Spørgsmål om grov uagtsomhed	100560
15.05.2024	Tvist om erstatningsnedsættelse efter brand forårsaget af ukrudtsbrænder: Grov uagtsomhed eller ej?	101028

17.04.2024	Afslag på kaskodækning ved færdselsuheld grundet grov uagtsomhed og kapkørsel	100814
20.03.2024	Sag om afvist dækning for arbejdsulykke under ulykkesforsikring - spørgsmål om grov uagtsomhed	100476
06.03.2024	Afvisning af kaskodækning efter solouheld: Spørgsmål om grov uagtsomhed og bevisbyrde	100089
07.02.2024	Afvisning af kaskodækning efter kørsel over for rødt lys - grov uagtsomhed?	100184
13.12.2023	Afvisning af dækning for ulykkestilfælde ved politijagt trods sindssyge: Gyldig fravigelse af forsikringsaftalelovens § 19	100295
23.08.2023	Afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved solouheld i rundkørsel	99299
29.03.2023	Afgørelse om afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved kørsel over for rødt lys	99220
14.12.2022	Afvisning af dækning for brandskade: Forsæt og sindstilstand	98284
14.12.2022	Afvisning af kaskodækning efter kørsel i bussluse grundet grov uagtsomhed	98857
30.11.2022	Afvisning af erstatning for bilbrand grundet tvivl om hændelsesforløb og mistanke om forsætlig brandstiftelse	98425
28.09.2022	Afgørelse om afvist dækning efter færdselsuheld i lyskryds grundet grov uagtsomhed	98091
14.09.2022	Afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved kørsel over for rødt lys	96929
27.04.2022	Afslag på kaskodækning efter kørsel mod rødt lys: Spørgsmålet om grov uagtsomhed	97796
16.03.2022	Tvist om kaskodækning: Bevisbyrden for grov uagtsomhed ved kørsel i lyskryds	97093
05.01.2022	Afgørelse om afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved biluheld	96772
24.11.2021	Afgørelse om grov uagtsomhed ved kørsel over for rødt lys	96655
16.12.2020	Afslag på forsikringsdækning af bilskade grundet tvivl om hændelsesforløb og mistanke om selvforskyldte skader	95488
21.10.2020	Alka Forsikring: Afvisning af dækning efter kørsel over for rødt lys	94998
10.06.2020	Afvisning af dækning for ulykkesskade på rundsav grundet påstået grov uagtsomhed	94261
10.06.2020	Afgørelse om afvisning af dækning for totalskadet bil grundet grov uagtsomhed	94759
15.04.2020	Afslag på kaskodækning efter selvmordsforsøg: Tvist om forsætlig handling versus psykisk tilstand (PTSD)	94258
01.04.2020	Afgørelse om afvisning af kaskoskadeerstatning til bilejer grundet forsikringstagers urigtige oplysninger om kørekortforhold	94195
20.11.2019	Afgørelse om tilbagebetaling af totalskadeerstatning efter færdselsuheld	92996
21.08.2019	Sag om brandskade forårsaget af ukrudtsbrænder: Spørgsmål om grov uagtsomhed	93639
01.05.2019	Afslag på kaskodækning ved kørsel over for rødt lys og tvist om selvrisiko efter færdselsuheld	92797

26.09.2018	Tryg Forsikring: Afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved kørsel over for rødt lys	92383
07.03.2018	Forsikringstager nægtet kaskodækning efter kørsel mod rødt lys i komplekst kryds	91381
22.11.2017	Afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed ved færdselsuheld	91068
27.09.2017	Afvisning af kaskodækning efter kørsel mod rødt lys	90383
22.09.2014	Afvisning af kaskodækning efter kørsel mod rødt lys på grund af grov uagtsomhed	85976
17.05.2010	Sag om afvisning af dækning for totalskadet bil pga. påstået grov uagtsomhed	76690
01.02.2010	Sag om afvisning af ulykkesforsikringsdækning efter faldtraume	76388
25.10.2004	Afvisning af dækning efter grundstødning pga. grov uagtsomhed	63035
09.07.2001	Afgørelse om afvisning af kaskodækning grundet grov uagtsomhed	54703
15.12.1997	Sag om afvisning af kaskodækning grundet kørsel uden gyldigt kørekort	44498

27 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over sommerhus- og fritidshusforsikring

Dækningsforskelle, frostskader, tyveriundtagelser og udlejningsdækning

Version 2 Opdateret 24. jun. 2026 17 afgørelser · 2010–2026 Læs online

INTRODUKTION

Sommerhus- og fritidshusforsikring adskiller sig på væsentlige punkter fra helårsbeboelsesforsikring. Praksis fra Ankenævnet for Forsikring viser, at de hyppigste tvister vedrører frostsprængninger i ubeboede perioder (spørgsmålet om "tilstrækkelig opvarmning" contra "tilfældigt svigt i varmeforsyningen"), undtagelser for smykker og værdigenstande i fritidshuse, dokumentationskrav ved huslejetab under udlejning samt særlige begrænsninger i dækning af råd og skimmelsvamp. Forsikringsaftaleloven § 51 om sikkerhedsforskrifter spiller en nøglerolle i frostsagerne, idet den pålægger selskabet bevisbyrden for, at forsikringstageren har handlet forsømmeligt.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Forsikringsvilkåret om tilstrækkelig opvarmning i fritidshuse anses for en sikkerhedsforskrift, jf. forsikringsaftaleloven § 51, hvilket pålægger selskabet bevisbyrden for forsømmelse.

02 Frostsprængning af rør dækkes kun, hvis den skyldes tilfældigt svigtende varmeforsyning – utilstrækkelig opvarmning i ubeboede perioder er som udgangspunkt undtaget.

03 Ved tilfældigt strømsvigt (fx udløst HPFI-relæ) anerkendes frostskaden typisk som dækningsberettiget, forudsat ejeren har holdt forsvarlig opvarmning inden svigtet.

04 Indstilling af radiatorer til 5 grader eller frostfri-stilling er ikke nødvendigvis tilstrækkeligt ved sårbare placeringer som ydervægge, skunke eller loftsrum i fritidshuse.

05 Smykker, guld, sølv, ædelstene, penge og værdipapirer er typisk eksplicit undtaget fra indbo-dækning i fritidshuse, da disse ikke bebos dagligt.

06 Dækning for huslejetab ved udlejning af sommerhus kræver som udgangspunkt dokumentation i form af lejekontrakter indgået før skadens indtræden.

07 Huslejetab dækkes kun, hvis den dækningsberettigede skade gør sommerhuset reelt ubrugeligt – småskader udløser ikke dækning for tabt leje.

08 Skader forvoldt af lejere kvalificeres kun som hærværk, hvis de er forvoldt med vilje og i ond hensigt af personer uden lovlig adgang – almindelig slid fra udlejning er ikke dækket.

09 Råddækning er typisk ikke inkluderet i standard fritidshusforsikring og kræver separat tilvalgsdækning, ofte betinget af forudgående besigtigelse for ældre huse.

10 Anvendelse af nøglebokse ved håndværkerkoordinering er sædvanlig praksis og udgør ikke i sig selv ansvarspådragende adfærd fra forsikringsselskabets side.

11 Et dækningstilsagn fra selskabet er som udgangspunkt bindende, men kan tilbagekaldes under særlige omstændigheder, fx hvis forsikringstageren har fortiet væsentlige oplysninger.

12 Fareforøgelse ved uanmeldt tilbygning til sommerhus kan berettige selskabet til total afvisning af dækning, jf. forsikringsaftaleloven § 45.

13 Forsikringstageren har bevisbyrden for, at en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed er indtrådt – dette princip skærpes ved genstande af større værdi.

§ 1 Fritidshusforsikringens retlige ramme og særtræk ift. helårsbeboelse

Sommerhus- og fritidshusforsikring er en selvstændig forsikringstype, der dækker bygninger og indbo i ejendomme, der ikke er beboet hele året. De retlige rammer følger af Forsikringsaftaleloven (FAL), der gælder for alle forsikringsaftaler, kombineret med de konkrete forsikringsvilkår (policen), som selskaberne fastsætter.

Fritidshuse adskiller sig fra helårsboliger på flere centrale punkter:

- **Frostrisiko i ubeboede perioder**: Da huset ikke bebos dagligt, er rørinstallationer særligt udsatte for frost. Forsikringsvilkårene indeholder derfor typisk undtagelser for frostsprængninger i utilstrækkeligt opvarmede lokaler.
- **Indboets omfang**: Flere selskaber undtager smykker, guld, sølv, penge og værdipapirer fra indbo-dækning i fritidshuse – en begrænsning der normalt ikke gælder for helårsbeboelse.
- **Udlejningsbetingelser**: Ved udlejning stilles særlige krav til dokumentation af huslejetab i form af lejekontrakter indgået før skadens indtræden.
- **Rådskader**: Standard fritidshuspolicer dækker typisk svamp og insekt, men eksplicit *ikke* råd, medmindre dette er tilvalgt separat.
- **Tilsynsforpligtelse**: Forsikringsvilkårene kan indeholde krav om regelmæssigt tilsyn med ejendommen i perioder, hvor den ikke er beboet.

Den generelle bevisbyrde i forsikringsretten påhviler forsikringstageren, der skal godtgøre, at der er indtrådt en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed, jf. Forsikringsaftaleloven § 22. For sikkerhedsforskrifter er bevisbyrden dog omvendt, jf. Forsikringsaftaleloven § 51.

LOV `Forsikringsaftaleloven § 22, stk. 1` `Forsikringsaftaleloven § 51, stk. 1`

§ 2 Frost- og rørskader i ubeboede perioder – det centrale dækningsspørgsmål

Den hyppigste tvisteårsag i fritidshusforsikring vedrører frostsprængninger af vandrør og installationer i perioder, hvor sommerhuset ikke er beboet. Forsikringsvilkårene dækker typisk frostsprængning af rør og installationer, men undtager skader i *utilstrækkeligt opvarmede lokaler*, medmindre skaden skyldes *tilfældigt svigtende varmeforsyning*.

Denne undtagelsesstruktur skaber et tretrinstest:

1. **Er der tale om en frostsprængning?** Selskabet skal sandsynliggøre skadeårsagen – typisk via taksatorrapporter, fotodokumentation af brudmønstre og DMI-vejrdata.
2. **Var lokalet tilstrækkeligt opvarmet?** Her indgår faktorer som radiatorindstilling, elforbrug, husets isoleringsgrad og rørenes placering.
3. **Skyldes svigtet en tilfældig årsag?** Fx strømafbrydelse, defekt HPFI-relæ eller fejl i varmekilde.

I sag 100345 (2024) afviste nævnet dækning, fordi 3D-scanning viste, at radiatoren i badeværelset stod på "0" (slukket), og elforbruget på 5-6 kWh/døgn var utilstrækkeligt for et 51 m² sommerhus i en frostperiode.

Tilsvarende afviste nævnet i sag 95266 (2020) dækning, hvor to uafhængige frostsprængninger (vandur og brusearmatur) pegede entydigt på frost, og ejeren havde radiatorer sat til blot 5 grader. Nævnet bemærkede:

> *Fritidshuse er generelt dårligere isolerede end helårshuse, og indstilling af radiatorer til 5 grader er ikke nødvendigvis tilstrækkeligt til at frostsikre installationer placeret nær ydervægge i længere frostperioder, især når anlægget ikke er tømt for vand.*

I sag 97180 (2022) afvistes ligeledes dækning, hvor et varmtvandsrør på loftet var placeret på den *kolde side* af isoleringen – en konstruktion der ifølge nævnet gjorde røret særligt sårbart.

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af vandskade i sommerhus som følge af frostsprængning og utilstrækkelig opvarmning	03.04.2024
Ankenævnet for Forsikring · Tvist om dækning af frostsprængt vandrør i fritidshus: Utilstrækkelig opvarmning eller rørskade?	02.03.2022
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af vandskade i fritidshus efter frostsprængning i kold vinterperiode	21.10.2020

§ 3 Sikkerhedsforskriften om opvarmning og bevisbyrden efter FAL § 51

Et centralt retligt spørgsmål i frostskade-sagerne er, om forsikringsvilkåret om tilstrækkelig opvarmning udgør en *sikkerhedsforskrift* i forsikringsaftaleloven § 51's forstand. Bestemmelsen fastsætter:

> *Er der i forsikringsaftalen givet pålæg om forholdsregler, der før forsikringsbegivenhedens indtræden skal iagttages for at forebygge denne [...], har den sikrede kun krav mod selskabet, når og for så vidt det må anses godtgjort, at forsikringsbegivenhedens indtræden eller omfang ikke skyldes overtrædelse af disse forskrifter.*

Kvalifikationen som sikkerhedsforskrift medfører, at **selskabet** – og ikke forsikringstageren – bærer bevisbyrden for, at forskriften er tilsidesat ved forsømmelse.

I den principielle sag 77723 (2010) fastslog nævnet dette udtrykkeligt:

> *Således som denne bestemmelse er formuleret af selskabet, må den fortolkes som en sikkerhedsforskrift, jf. forsikringsaftalelovens § 51. Selskabet skal følgelig godtgøre, at bestemmelsen er tilsidesat ved forsømmelse udvist af klagerne.*

Huset var opvarmet til ca. 12 grader med varmepumpe, og selskabet havde ikke løftet bevisbyrden for forsømmelse – dækningen blev derfor anerkendt.

Samme princip blev anvendt i sag 92708 (2019), hvor en strømafbrydelse registreret af alarmsystemet kl. 13:55 medførte frostsprængning. Nævnet fandt en "så nær tidsmæssig sammenhæng mellem strømsvigtet og skadens indtræden", at skaden måtte anses som følge af tilfældigt svigtende varmeforsyning.

I sag 100066 (2024) lagde nævnet afgørende vægt på en civilingeniørs varmetabsberegninger baseret på sommerhusets faktiske konstruktion, som sandsynliggjorde, at rørene ikke var frostudsat så længe strømmen var tilstede. Selskabet fik derfor ikke medhold i sin afvisning.

Der hersker dog uenighed i nævnet om rækkevidden: I sag 99778 (2024) afviste flertallet dækning, mens et mindretal fandt, at selskabet ikke havde løftet bevisbyrden for forsømmelse, idet middeltemperaturen lå over frysepunktet, og ejendommen *var* opvarmet i et vist omfang.

Sag	År	Resultat	Afgørende moment
77723	2010	Medhold	12 °C opvarmning, selskabet løftede ikke bevisbyrden
92708	2019	Medhold	Tilfældigt strømsvigt dokumenteret via alarm
95266	2020	Afvist	Radiatorer på 5 °C, to uafhængige frostsprængninger
97180	2022	Afvist	Rør på kold side af isolering, ingen termostatventiler
99778	2024	Afvist (dissens)	Utilstrækkelig opvarmning trods 67 kWh/døgn
100066	2024	Medhold	Civilingeniørberegning viste tilstrækkelig opvarmning
100345	2024	Afvist	Radiator på "0", 5-6 kWh/døgn

LOV `Forsikringsaftaleloven § 24` `Forsikringsaftaleloven § 51, stk. 1`

PRAKSIS
- **Ankenævnet for Forsikring** · Tvist om dækning af frostsprængning i sommerhus: Spørgsmålet om tilstrækkelig opvarmning og tilfældigt strømsvigt — 26.06.2024
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning for vandskade i sommerhus: Frostsprængning eller pludselig vandskade? — 15.05.2024
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afslag på dækning af vandskade i sommerhus som følge af frostsprængning og utilstrækkelig opvarmning — 03.04.2024
- **Ankenævnet for Forsikring** · Tvist om dækning af frostsprængt vandrør i fritidshus: Utilstrækkelig opvarmning eller rørskade? — 02.03.2022

PRAKSIS
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af vandskade i fritidshus efter frostsprængning i kold vinterperiode 21.10.2020
Ankenævnet for Forsikring · Sag om frostsprængning i fritidshus efter strømafbrydelse: Dækning for tilfældigt svigt i varmeforsyning 07.08.2019
Ankenævnet for Forsikring · Alm. Brand Forsikring A/S: Afvisning af dækning for vandskade i fritidshus efter frostsprængning 13.12.2010

§ 4 Tyveri- og hærværksundtagelser – smykker, værdier og definitionen af hærværk

Fritidshusforsikringer indeholder typisk udtrykkelige undtagelser for opbevaring af smykker og andre værdifulde genstande i huse, der ikke bebos dagligt. Denne begrænsning afspejler den højere risiko ved ubeboede ejendomme.

I sag 95328 (2020) blev smykker stjålet efter et indbrud i et fritidshus, der var under ombygning. Klageren mente, at indbruddet skyldtes forsikringsselskabets netværkshåndværkeres uagtsom nøglehåndtering (en nøgleboks med let gættelig kode). Nævnet afviste dækning af smykkerne med klar henvisning til vilkårene:

> *Forsikringsbetingelsernes punkt 21 A. 2. eksplicit angiver, at forsikringen ikke omfatter penge, værdipapirer, mønt- og samlinger, guld, sølv, platin, perler, ædelstene og smykker, når de opbevares i et fritidshus.*

Selskabet dækkede dog øvrige stjålne genstande for 55.432 kr. Nøgleboks-brugen blev ikke anset for ansvarspådragende – nævnet fastslog, at "anvendelse af nøglebokse er en almindelig og sædvanlig praksis for at koordinere håndværkeres arbejdsgange".

Når det gælder *hærværk*, indeholder vilkårene typisk en definition, der kræver, at skaderne er "forvoldt med vilje og i ond hensigt af personer uden lovlig adgang til bygningen". I sag 97786 (2022) forsøgte ejeren at få lejerskader i et 20 år gammelt udlejet sommerhus dækket som hærværk. Nævnet afviste dette konsekvent for samtlige skadestyper (vægge, køkkenskabe, gulv, køleskab) med begrundelse i, at skaderne skyldte "almindeligt slid og opfugtning" i et gammelt udlejningssommerhus. Huslejetab blev ligeledes afvist.

I sag 100202 (2023) viste nævnet konsekvenserne af fareforøgelse efter Forsikringsaftaleloven § 45: En sommerhusejer havde opført en 80 m² garage uden at underrette selskabet, hvorefter det samlede bebyggede areal (mindst 313 m²) langt oversteg selskabets indtegningsgrænse på 200 m² bolig plus 75 m² udhuse. Selskabet afviste at dække både brandskade (ca. 600.000 kr.) og to efterfølgende indbrud. Flertallet i nævnet tiltrådte afvisningen under § 45.

LOV Forsikringsaftaleloven § 45, stk. 1

PRAKSIS
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for brand og tyveri i sommerhus grundet fareforøgelse og arealoverskridelse 13.12.2023
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for lejerskader i fritidshus - Tvist om hærværk vs. slid og ælde 18.05.2022
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af stjålne smykker fra fritidshus trods påstand om forsikringsselskabets uagtsomhed 16.12.2020

§ 5 Udlejningsdækning, huslejetab og dokumentationskrav

Mange sommerhuse udlejes i sæsonen, og forsikringerne kan omfatte dækning for *huslejetab*, hvis en dækningsberettiget skade gør huset ubeboeligt. Praksis viser imidlertid strenge dokumentationskrav og snævre betingelser.

I sag 100854 (2024) krævede ejeren erstatning for tabt lejeindtægt på 41.000 kr. efter en vandskade, der medførte en syv måneders udbedringsproces. Selskabet udbetalte 15.000 kr. pr. kulance (8.000 kr. for den eneste uge med fremlagt lejekontrakt + 7.000 kr. til rengøring). Nævnet fastslog to centrale principper:

- **Dokumentationskrav**: Udlejning skal dokumenteres med lejekontrakter indgået *før* skaden. Klageren havde kun fremlagt dokumentation for én uge, og yderligere krav blev afvist.
- **Rekvirentansvar**: Da selskabet havde valgt og rekvireret netværkshåndværkeren, hæfter det som rekvirent for dennes forsinkelser – men klageren havde ikke dokumenteret et tab ud over kulancen.

I sag 98185 (2022) opdagede ejeren skader efter udlejning og fik først et dækningstilsagn, som selskabet efterfølgende tilbagekaldte. Nævnet accepterede tilbagekaldelsen, fordi ejeren havde fortiet oplysninger om eksisterende skader. Huslejetabet blev afvist, da de anerkendte småskader ikke gjorde sommerhuset "ubrugeligt", og der ikke forelå lejekontrakter for den pågældende periode.

Nævnet kritiserede desuden ejeren for manglende medvirken til sagens oplysning, jf. Forsikringsaftaleloven § 22, idet han nægtede at give samtykke til indhentelse af oplysninger fra lejer, politi og andet forsikringsselskab.

I sag 99310 (2023) afviste nævnet også genhusning af lejere, fordi den underliggende vandskade (vandmættet jord, ikke skybrud) ikke var dækningsberettiget.

Praksis kan sammenfattes således:

- Huslejetab forudsætter en *dækningsberettiget* skade, der gør huset reelt ubrugeligt.
- Der kræves konkrete lejekontrakter indgået *før* skadens indtræden – en efterfølgende opgørelse af potentielt tab er utilstrækkelig.
- Slid, ælde og almindelige brugsspor fra udlejning er *ikke* hærværk og dermed ikke dækningsberettiget.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 22, stk. 1 · Forsikringsaftaleloven § 39, stk. 1	
PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Tvist om erstatning for tabt lejeindtægt og forsinkelse ved udbedring af vandskade i fritidshus	29.05.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af dækning for vandskade i sommerhus efter regnvejr	28.06.2023
	Ankenævnet for Forsikring · Tilbagekaldelse af dækningstilsagn vedrørende vandskade og huslejetab i sommerhus	30.11.2022

§ 6 Rådskader, svamp og skimmel – dækningsmæssige begrænsninger

En væsentlig forskel mellem helårsbolig- og fritidshuspolicer vedrører dækning af *råd*. Mens svamp og insektskader typisk er dækkede, er rådskader i fritidshuse ofte eksplicit undtaget fra standardpolicer.

I den nyeste sag 104040 (2026) afviste If Skadeforsikring dækning for rådskade på en sommerhuskarnap. Forsikringsbetingelserne definerede råd som:

> *Skader på træ, der er forårsaget af svampe og/eller bakterier og hvor nedbrydningen er karakteriseret ved en langsomt forløbende ødelæggelse i forhold til konstruktionens forventede levetid.*

Punkt 4.7.6 udelukker udtrykkeligt: *"Skade forårsaget af råd"* fra svampeforsikringens dækning. Selskabet oplyste, at råddækning for fritidshuse først blev mulig fra februar 2017, og da kun mod forudgående besigtigelse for huse ældre end 30 år. Nævnet gav selskabet fuldt medhold og fastslog, at ejeren hverken på aftaleretligt eller erstatningsretligt grundlag kunne pålægge selskabet at dække rådskaden.

Også *skimmelsvamp* er typisk undtaget, med mindre der er tale om trænedbrydende svamp der forringer bæreevne. I sag 101748 (2024) afviste nævnet dækning for indvendig fugtskade i et sommerhus, fordi skimmelsvamp ikke er *trænedbrydende*, og behandling med Hysan (skimmelsvampedræber) bekræftede skadetypen.

Praktisk anbefaling: Sommerhusejere bør ved forsikringstegning afklare, om policen dækker rådskader, og om dette forudsætter en besigtigelse. Ved ældre sommerhuse kan besigtigelseskravet udgøre en barriere for tilvalgsdækning.

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Rådskade på sommerhus afvist – fritidshusforsikring hos If dækkede ikke råd (sag 104040) 08.04.2026

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning for tagskade og fugtskade i sommerhus 11.09.2024

§ 7 Vandskader: Synlige vs. skjulte installationer og definitionen af 'skjulte rør'

Forsikringsvilkårene for sommerhuse sondrer typisk mellem *synlige* og *skjulte* rørinstallationer, idet dækning for vandtab ofte er begrænset til skjulte rør (dvs. rør gemt *i* vægge, gulve, skunke eller krybekældre).

I sag 103532 (2025) afviste nævnet dækning for et vandtab på ca. 900 m³ fra en defekt sikkerhedsventil i et sommerhus. Ventilen sad i et kabinet monteret *på* væggen med en fastskruet låge. Ejeren argumenterede for, at ventilen var "skjult", men nævnet fulgte selskabets fortolkning:

> *Forsikringsbetingelsernes punkt 20 definerer skjulte rør som dem, der er gemt i vægge, skunkrum, krybekældre eller gulve. En ventil placeret i et skab, der sidder på væggen, faldt herunder ikke ind under definitionen, uanset om lågen var skruet fast.*

Nævnet bemærkede desuden, at forsikringsbetingelsernes punkt 15 (Vand og frost) undtager "tabet af selve den udflydende væske" fra dækning – Plus-dækningen forudsatte en dækningsberettiget skade på skjulte rør, som ikke var til stede.

Denne sondring er særlig relevant for sommerhuse, der typisk har mere synlige installationer (fx i skunke med låger, kabinetter og udestuer) end helårsboliger med fuldt indmurede rør. Se også praksisoversigten Vandskade-afgrænsning for den generelle vandskadepraksis.

LOV `Forsikringsaftaleloven § 22`

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning for vandspild fra sikkerhedsventil bag fastskruet låge i sommerhus 17.12.2025

§ 8 Sammenfatning af nøgleprincipper i praksis

Gennemgangen af nævnspraksis fra Ankenævnet for Forsikring tegner et klart billede af de særlige forsikringsretlige udfordringer ved sommerhus- og fritidshusejerskab:

Frostskader udgør den kvantitativt dominerende tvisteårsag. Det afgørende er, om huset var *tilstrækkeligt opvarmet* – og om et eventuelt svigt var *tilfældigt*. Ejere, der kan dokumentere opvarmningsniveauet (fx via elforbrugsdata, alarmsystem-temperaturlog eller ingeniørberegninger) og påvise et udefrakommende strømsvigt, har de bedste udsigter til dækning. Omvendt medfører slukkede radiatorer, utilstrækkeligt elforbrug eller rør placeret på den kolde side af isoleringen næsten sikkert afvisning.

Tyveri og hærværk er underlagt skærpede begrænsninger: smykker og kontanter er typisk undtaget, og skader fra lejere kvalificeres kun som hærværk, hvis de er forsætlige og forvoldt af personer uden lovlig adgang.

Udlejning kræver nøje dokumentation – huslejetab forudsætter lejekontrakter indgået før skaden, og huset skal være reelt ubrugeligt som følge af en dækningsberettiget begivenhed.

Rådskader er et særskilt tilvalg, der ofte kræver besigtigelse, og er ikke inkluderet i standarddækningen.

For helårsboliger gælder delvist andre vilkår – se praksisoversigterne Vandskade-afgrænsning og Stormskade, skybrud og piskeregn for de tilgrænsende emner.

LOV `Forsikringsaftaleloven § 22, stk. 1` `Forsikringsaftaleloven § 45, stk. 1` `Forsikringsaftaleloven § 51, stk. 1`

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Rådskade på sommerhus afvist – fritidshusforsikring hos If dækkede ikke råd (sag 104040)	08.04.2026
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for vandspild fra sikkerhedsventil bag fastskruet låge i sommerhus	17.12.2025
Ankenævnet for Forsikring · Tvist om dækning af frostsprængning i sommerhus: Spørgsmålet om tilstrækkelig opvarmning og tilfældigt strømsvigt	26.06.2024
Ankenævnet for Forsikring · Tvist om erstatning for tabt lejeindtægt og forsinkelse ved udbedring af vandskade i fritidshus	29.05.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for vandskade i sommerhus: Frostsprængning eller pludselig vandskade?	15.05.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af vandskade i sommerhus som følge af frostsprængning og utilstrækkelig opvarmning	03.04.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for brand og tyveri i sommerhus grundet fareforøgelse og arealoverskridelse	13.12.2023
Ankenævnet for Forsikring · Tilbagekaldelse af dækningstilsagn vedrørende vandskade og huslejetab i sommerhus	30.11.2022
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for lejerskader i fritidshus - Tvist om hærværk vs. slid og ælde	18.05.2022
Ankenævnet for Forsikring · Tvist om dækning af frostsprængt vandrør i fritidshus: Utilstrækkelig opvarmning eller rørskade?	02.03.2022
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af stjålne smykker fra fritidshus trods påstand om forsikringsselskabets uagtsomhed	16.12.2020
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af vandskade i fritidshus efter frostsprængning i kold vinterperiode	21.10.2020
Ankenævnet for Forsikring · Sag om frostsprængning i fritidshus efter strømafbrydelse: Dækning for tilfældigt svigt i varmeforsyning	07.08.2019

Ankenævnet for Forsikring · Alm. Brand Forsikring A/S: Afvisning af dækning for vandskade i fritidshus efter frostsprængning 13.12.2010

REFERENCE Lovgrundlag

5 paragraffer

Forsikringsaftaleloven § 22	stk. 1	Forsikringsaftaleloven § 24	
Forsikringsaftaleloven § 39	stk. 1	Forsikringsaftaleloven § 45	stk. 1
Forsikringsaftaleloven § 51	stk. 1		

MATERIALE Citerede afgørelser

17 afgørelser

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS		17
08.04.2026	Rådskade på sommerhus afvist – fritidshusforsikring hos If dækkede ikke råd (sag 104040)	104040
17.12.2025	Afvisning af dækning for vandspild fra sikkerhedsventil bag fastskruet låge i sommerhus	103532
20.08.2025	Afvisning af dækning for frostsprængt vandrør grundet manglende 'tilfældigt svigt' i varmeforsyningen	103272
11.09.2024	Afslag på dækning for tagskade og fugtskade i sommerhus	101748
26.06.2024	Tvist om dækning af frostsprængning i sommerhus: Spørgsmålet om tilstrækkelig opvarmning og tilfældigt strømsvigt	100066
29.05.2024	Tvist om erstatning for tabt lejeindtægt og forsinkelse ved udbedring af vandskade i fritidshus	100854
15.05.2024	Afvisning af dækning for vandskade i sommerhus: Frostsprængning eller pludselig vandskade?	99778
03.04.2024	Afslag på dækning af vandskade i sommerhus som følge af frostsprængning og utilstrækkelig opvarmning	100345
13.12.2023	Afvisning af dækning for brand og tyveri i sommerhus grundet fareforøgelse og arealoverskridelse	100202
28.06.2023	Afgørelse om afvisning af dækning for vandskade i sommerhus efter regnvejr	99310
30.11.2022	Tilbagekaldelse af dækningstilsagn vedrørende vandskade og huslejetab i sommerhus	98185
18.05.2022	Afvisning af dækning for lejerskader i fritidshus - Tvist om hærværk vs. slid og ælde	97786
02.03.2022	Tvist om dækning af frostsprængt vandrør i fritidshus: Utilstrækkelig opvarmning eller rørskade?	97180
16.12.2020	Afslag på dækning af stjålne smykker fra fritidshus trods påstand om forsikringsselskabets uagtsomhed	95328

21.10.2020	Afslag på dækning af vandskade i fritidshus efter frostsprængning i kold vinterperiode	95266
07.08.2019	Sag om frostsprængning i fritidshus efter strømafbrydelse: Dækning for tilfældigt svigt i varmeforsyning	92708
13.12.2010	Alm. Brand Forsikring A/S: Afvisning af dækning for vandskade i fritidshus efter frostsprængning	77723

28 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over sondringen mellem summa- og skadesforsikring

Kvalifikation, berigelsesforbud, dobbeltforsikring, regres og kumulation efter FAL og EAL

Version 2 Opdateret 21. jul. 2026 43 afgørelser · 2001–2026 Læs online

INTRODUKTION

Sondringen mellem skadesforsikring (indemnitetsforsikring, der dækker det faktisk lidte tab) og summaforsikring (en på forhånd aftalt sum, der udbetales uafhængigt af tabets størrelse) er den mest gennemgribende systematiske skillelinje i dansk forsikringsret. Kvalifikationen afgør, om berigelsesforbuddet i forsikringsaftaleloven § 39 og opgørelsesreglerne i §§ 36-40 finder anvendelse, om dobbeltforsikringsreglerne i §§ 41-46 kan aktiveres, om selskabet kan gøre regres mod skadevolderen efter erstatningsansvarsloven § 22, og om udbetalingen skal fradrages i skadevolderens erstatningsansvar. Praksis fra Højesteret, byretterne, Ankenævnet for Forsikring, Erstatningsnævnet og Ankestyrelsen viser, at kvalifikationen ikke afgøres af produktets navn, men af dækningens økonomiske funktion: er ydelsen bundet til et konkret, dokumenteret tab, eller udløses den af en objektivt konstaterbar begivenhed med en fast sum til følge?

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Skadesforsikring forudsætter en "lovlig interesse, der lader sig ansætte i penge", jf. forsikringsaftaleloven § 35 – summaforsikringen kræver derimod intet tab og ingen interesse, fordi summen er fastlagt på forhånd.

02 Berigelsesforbuddet i forsikringsaftaleloven § 39, stk. 1, er præceptivt til selskabets fordel ("selv om andet er aftalt") og gælder alene skadesforsikring; ved summaforsikring findes ingen tilsvarende begrænsning.

03 Kvalifikationen beror på dækningens økonomiske funktion, ikke på policens overskrift: en ydelse beregnet af en fikseret løn, udløst automatisk ved en bestemt erhvervsevnetabs- eller méngradsprocent og uafhængig af det faktiske løntab og af dækning fra anden side, er en summaforsikring.

04 Dobbeltforsikringsreglerne i forsikringsaftaleloven §§ 41-46 forudsætter, at samme interesse er forsikret mod samme fare – og efter byretspraksis tillige, at de to policer dækker de samme personer; er den betingelse ikke opfyldt, kan et selskab ikke nøjes med at betale en forholdsmæssig andel efter § 42.

05 To summaforsikringer kan derimod som udgangspunkt kumuleres frit, medmindre policevilkårene selv begrænser udbetalingen til én sum pr. begivenhed.

06 Erstatningsansvarsloven § 22, stk. 1, giver skadesforsikreren subrogation i sikredes krav mod skadevolderen – mens § 22, stk. 2, afskærer regres ved livs-, ulykkes-, syge- og anden personforsikring "uanset forsikringens karakter".

07 Erstatningsansvarsloven § 17, stk. 1, udelukker regres for sociale ydelser, pensioner og forsikringsydelser; den praktisk vigtigste undtagelse er kommunens sygedagpengeregres efter sygedagpengelovens § 78, stk. 1.

08 Den oprindelige subrogationsregel i forsikringsaftaleloven § 25 er ophævet; den nugældende § 25 angår alene selskabets pligt til at vejlede om acontobetaling – regresgrundlaget skal derfor søges i erstatningsansvarsloven, ikke i FAL § 25.

09 Efter erstatningsansvarsloven § 2, stk. 2, fradrages kun forsikringsydelser, "der har karakter af en virkelig skadeserstatning"; en summaforsikringsudbetaling fradrages ikke i erstatningen for tabt arbejdsfortjeneste.

10 Sikredes redningspligt og pligt til at sikre selskabets dækningskrav mod tredjemand efter forsikringsaftaleloven § 52, stk. 1, hviler på samme forudsætning som regresadgangen og er dermed reelt en skadesforsikringsregel.

11 Refunderer forsikringen faktiske, dokumenterede udgifter, har sikrede ikke længere en udgift, der kan dækkes fra anden side – dét er den praktiske kerne i berigelsesforbuddet uden for tingsskadeområdet.

12 Aftaler om erstatningsopgørelsen indgået EFTER at forsikringsbegivenheden er kommet til parternes kundskab, falder efter de oprindelige forarbejder uden for § 39, stk. 2, og kan derfor binde selskabet, selv om den faktiske udgift viser sig lavere.

13 Forsikringstilsynsretligt anerkendes sondringen udtrykkeligt: forsikringsklasse 1 og 2 (ulykker og sygdom) kan tegnes som "summaforsikring, erstatning af økonomiske tab" eller kombinationer heraf.

§ 1 Skadesforsikringens genstand i FAL § 35 og summaforsikringens systematiske plads

Udgangspunktet for hele sondringen er forsikringsaftaleloven § 35, der afgrænser skadesforsikringens genstand:

> *Enhver lovlig interesse, der lader sig ansætte i penge, kan være genstand for skadesforsikring. Forsikringen kan tegnes for forsikringstagerens eller trediemands interesse.*

Bestemmelsen indeholder to kumulative krav: der skal foreligge en **interesse**, og den skal kunne **ansættes i penge**. Netop dette interessekrav er det, summaforsikringen ikke opfylder – og ikke behøver at opfylde. Ved en summaforsikring er ydelsen fastlagt i policen på forhånd, og den udløses af en objektivt konstaterbar begivenhed (dødsfald, en méngrad, en erhvervsevnetabsprocent, en diagnose) uden nogen efterfølgende tabsopgørelse. Der er derfor ingen "interesse", der skal værdiansættes, og følgelig heller intet at måle en berigelse imod.

For forbrugerforsikringer er skadesforsikringskapitlets regler gjort ufravigelige, jf. § 34, hvorefter reglerne "ikke [kan] fraviges til skade for forbrugeren". Personforsikringens dækningsspørgsmål reguleres derimod af lovens egne bestemmelser herom, bl.a. § 120 om senere viste følger af ulykke eller sygdom og § 121 om fareforøgelse ved forsikring på liv eller helbred.

Begrebet "summaforsikring" optræder faktisk i skreven dansk ret – men i tilsynslovgivningen. Efter bekendtgørelse om tilladelse til skadesforsikringsselskaber og captivegenforsikringsselskaber § 4 gives koncession klassevis, og klasse 1 og 2 beskrives således:

> 1. *Ulykker (herunder arbejdsulykker og erhvervssygdomme): summaforsikring, erstatning af økonomiske tab, kombinationer heraf og personbefordring.*
> 2. *Sygdom: summaforsikring, erstatning af økonomiske tab og kombinationer heraf.*

Bestemmelsen er central for forståelsen af retsområdet: den viser, at ét og samme produkttype-område – ulykke og sygdom – koncessionsretligt kan udbydes **enten** som summaforsikring **eller** som dækning af økonomiske tab **eller** som en kombination. Kvalificationen af den enkelte police kan derfor ikke afledes af selskabets tilladelse eller af produktets navn, men må foretages konkret ud fra dækningens konstruktion.

De oprindelige forarbejder til loven fra 1929 understreger, at hovedparten af reglerne er deklaratoriske, men at de "ved at angive den almindelige Regel modvirker ubillige Bestemmelser i de enkelte Forsikringspolicer", og at afvejningen mellem kontraktfrihed og beskyttelse af forsikringstageren har været styrende for, hvilke regler der blev gjort ufravigelige (Forslag til Lov om Forsikringsaftaler, Folketingstidende 1929-30, tillæg A). Berigelsesforbuddet i § 39, stk. 1, hører til de ufravigelige.

LOV `Forsikringsaftaleloven § 34, stk. 1, 2` `Forsikringsaftaleloven § 35` `Forsikringsaftaleloven § 120` `Forsikringsaftaleloven § 121, stk. 1`

§ 2 Berigelsesforbuddet i FAL § 39 – rækkevidde, opgørelsesregler og grænser

Berigelsesforbuddet er den mest direkte retsvirkning af, at en forsikring kvalificeres som skadesforsikring. Forsikringsaftaleloven § 39 lyder:

> *Stk. 1. Selskabet er, selv om andet er aftalt, ikke forpligtet til at udrede større erstatning end, hvad der kræves til den lidte skades dækning.*
>
> *Stk. 2. Indeholder forsikringsaftalen en bestemmelse, hvorved den forsikrede genstand ansættes til en bestemt værdi, eller bestemte vurderingsregler vedtages, er en sådan aftale bindende for selskabet, for så vidt det ikke godtgør, at der derved ville blive erstattet mere end den lidte skade.*

Ordene "selv om andet er aftalt" gør stk. 1 ufravigelig **til selskabets fordel**: parterne kan ikke gyldigt aftale, at en skadesforsikring skal udbetale mere end det lidte tab. Det er præcis denne regel, der ikke findes – og efter sagens natur ikke kan findes – for summaforsikringer.

Opgørelsen sker efter § 37, hvorefter tingens værdi ansættes til genanskaffelsesprisen umiddelbart før forsikringsbegivenheden "med rimeligt fradrag for værdiforringelse ved alder, brug, nedsat anvendelighed eller andre omstændigheder". For indbo og personlige brugsgenstande gælder den lempeligere regel i § 37, stk.

2, hvor fradrag kun sker, hvis nytteværdien er væsentligt nedsat, og ved genopførelse af bygning kun for forskellen mellem gammelt og nyt, jf. § 37, stk. 3. Særregler gælder for selvtilvirkede salgsvarer, jf. § 38, og ved underforsikring hæftes forholdsmæssigt efter § 40.

Princippets indhold er formuleret præcist i **Justitsministeriets vejledning til bekendtgørelsen om statens erstatningsordning for deltagere i praktisk erhvervsorientering**, der udtrykkeligt lægger "teori og praksis vedrørende §§ 37-38 i lov om forsikringsaftaler" til grund:

> *Udgangspunktet er, at skadelidte økonomisk skal stilles, som om skaden ikke var sket. Skadelidte skal dermed hverken lide et tab eller opnå en indtjening som følge af skaden. Der gives ikke erstatning for affektionsværdi.*

Ankenævnet for Forsikring anvender reglerne løbende. I 99936 om et indbrudstyveri med over 200 anmeldte effekter fastslog nævnet, at erstatningen opgøres efter § 37 og § 39 – "princippet om at stille den sikrede som før skaden og berigelsesreglen" – og at det efter almindelige forsikringsretlige principper er sikrede, der skal bevise **rigtigheden og størrelsen** af sit krav. Samme bevisbyrdefordeling blev anvendt i 95095 og i 103086. At bevisbyrden hviler på sikrede er netop en konsekvens af tabskravet: uden dokumenteret tab er der intet at erstatte.

At § 37 er beskyttelsespræget, og at afvigelser kræver klarhed, illustreres af 89730, hvor et vilkår om, at der "kan foretages et rimeligt fradrag i nyprisen som følge af værdiforringelse", ikke med tilstrækkelig klarhed fraveg § 37 – nævnet henviste til Vestre Landsrets dom **U.1992.360V** om en i det væsentlige identisk formulering.

Berigelsesforbuddet har imidlertid en vigtig grænse, som allerede lovgiver trak i 1929. Af forarbejderne til § 39 fremgår, at stk. 2 er formuleret, så den også omfatter forsikring mod risici forud for aftalens indgåelse, men:

> *Derimod skal Bestemmelsen vedblivende ikke omfatte det Tilfælde, at Parterne, efter at en Forsikringsbegivenhed er indtruffet, og denne er kommet til deres Kundskab, træffer Aftale om Skadesopgørelsen eller om Erstatningsydelsens Størrelse, idet en saadan Aftale ikke kan betegnes som en Forsikringsaftale.*

Denne sondring blev afgørende i 96999. Selskabet havde efter besigtigelse af rådskader i 14 vinduer sendt en opgørelse med ordene "Beløbet er til fuld og endelig afgørelse", men ville efterfølgende kun betale den lavere faktiske fakturasum og påberåbte sig berigelsesforbuddet i § 39. Nævnets flertal fandt selskabet bundet af forliget, bl.a. fordi selskabet som professionel part let kunne have taget forbehold, og fordi grundlaget for forliget var selskabets eget indhentede tilbud. Et mindretal mente, at mailen alene var en erstatningsopgørelse og ikke et afkald på berigelsesforbuddet, og pegede subsidiært på aftaleloven § 33 og § 36. Afgørelsen viser, at § 39 rammer forsikringsaftalen – ikke enhver efterfølgende afregningsaftale.

For summaforsikringer eksisterer dette lag af regler slet ikke. Tvisterne handler dér udelukkende om, hvorvidt den udløsende begivenhed foreligger, og hvad policen siger om summens størrelse.

LOV Aftaleloven § 36 · Forsikringsaftaleloven § 37, stk. 1-3 · Forsikringsaftaleloven § 38 · Forsikringsaftaleloven § 39, stk. 1-2 · Forsikringsaftaleloven § 40

PRAKSIS
- **Ankenævnet for Forsikring** · Tyveri fra bil uden synlige tegn på opbrud: Tvist om dækningssum fra indboforsikring — 14.05.2025
- **Ankenævnet for Forsikring** · Sag om indbrudstyveri: Tvist om erstatningssum og dokumentation for stjålne genstande — 17.04.2024
- **Ankenævnet for Forsikring** · Bindende forlig om erstatning for rådskade i vinduer uanset lavere faktiske udbedringsomkostninger — 02.03.2022

Ankenævnet for Forsikring · Indboklage efter indbrudstyveri: Uenighed om erstatningsopgørelse for stjålet værktøj og indbo 03.02.2021

Ankenævnet for Forsikring · Alpha Insurance A/S: Afslag på genhusningsomkostninger og uenighed om erstatningsopgørelse efter brandskade 01.02.2017

§ 3 Dobbeltforsikring efter FAL §§ 41-46 forudsætter skadesforsikring – og samme interesse hos samme personer

Dobbeltforsikringsreglerne er kun meningsfulde, hvor berigelsesforbuddet gælder. Efter § 41 hæfter hvert selskab over for sikrede "som om det var eneforsikrer", når "samme interesse er forsikret mod samme fare hos flere selskaber", mens den interne fordeling sker efter § 42 i forhold til de beløb, for hvilke hvert selskab hæfter. § 43 neutraliserer subsidiaritetsklausuler – hvis alle selskaber har betinget deres ansvar af, at der ikke er tegnet forsikring andetsteds, hæfter de alligevel forholdsmæssigt – og § 44 pålægger sikrede at oplyse om andre policer.

At betingelsen "samme interesse" skal tages alvorligt, viser Retten i Roskildes dom i BS-37312/2022-ROS-. Et ejerskifteforsikringsselskab havde dækket en vandskade hos de nye ejere, som skyldtes, at sælgers husforsikringsselskab tidligere havde ladet en rørskade udbedre mangelfuldt. Husforsikringsselskabet ville kun betale en forholdsmæssig andel efter § 42. Retten afviste det:

> *Da der i denne situation ikke er tale om, at to forsikringer – husforsikringen hos LB og ejerskifteforsikringen hos ETU – dækker de samme personer, finder retten, at der ikke er tale om dobbeltforsikring i forsikringsaftaleloven § 41's forstand.*

Husforsikringsselskabet skulle derfor bære hele udbedringsudgiften. Dommen præciserer, at identitet i **interesse og personkreds** – ikke blot i skadesobjekt – er indgangsbetingelsen for §§ 41-42.

Sammenhængen mellem dobbeltforsikringsreglerne og berigelsesforbuddet er formuleret direkte i Finanstilsynets vejledning til god skik-bekendtgørelsen, der begrunder oplysningspligten om risiko for dobbeltforsikring således:

> *[Bestemmelsen] er relevant for skadesforsikringer, idet berigelsesforbuddet i forsikringsaftaleloven fører til, at kunden kun får erstatningsbeløbet én gang, selvom to forsikringer dækker samme interesse på skadesforsikringsområdet, og der indtræffer en skade.*

Vejledningen nævner som typiske overlapsområder rejseforsikring/årsrejseforsikring, tillægsforsikringer ved køb af hårde hvidevarer samt glas- og kummedækning på familieforsikringen. Oplysningsforpligtelser ved indgåelse af forsikringsaftaler findes i dag også i bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 15.

For summaforsikringer er billedet det modsatte: to ulykkesforsikringer kan som udgangspunkt udbetale hver sin sum for samme ulykke, fordi der ikke er nogen "interesse", der kan være dobbeltdækket. Begrænsninger må derfor følge af policen selv. Det illustreres af Retten i Hernings dom i BS-31055/2022-HER, hvor en efterladt krævede to dødsfaldssummer à 250.000 kr., fordi afdøde var medlem af flere andelsforeninger med kollektiv dødsulykkesforsikring. Begrænsningen fulgte alene af ordningens vilkår: "Ved et enkelt ulykkestilfælde udbetaler vi 250.000 kr. for hver dækket person – uanset om personen er medlem af flere grovvareforretninger." Retten frifandt i øvrigt andelsforeningen, fordi en eventuel udbetalingsforpligtelse måtte påhvile forsikringsselskabet.

Den konkrete anvendelse af dobbeltforsikringsreglerne på bygningsområdet behandles nærmere under bygningsforsikring.

LOV Forsikringsaftaleloven § 41 Forsikringsaftaleloven § 42 Forsikringsaftaleloven § 43, stk. 1-3 Forsikringsaftaleloven § 44, stk. 1, 2

PRAKSIS **Byretten** · Ejerskifteforsikrings regreskrav mod tidligere ejers husforsikring for mangelfuld skadesudbedring 14.02.2024

Byretten · Krav om yderligere forsikringsudbetaling fra landbrugsforening afvist af Retten i Herning 04.05.2023

§ 4 Regres og subrogation: EAL § 22 som sondringens skarpeste retsvirkning

Den mest håndfaste konsekvens af kvalifikationen finder man ikke i forsikringsaftaleloven, men i erstatningsansvarsloven § 22:

> *Stk. 1. Såfremt der er erstatningsansvar for en skade, der er dækket af en skadesforsikring, indtræder forsikringsselskabet i det omfang, det har betalt erstatning, i den skadelidtes ret mod den erstatningsansvarlige.*
>
> *Stk. 2. Ved livs-, ulykkes- eller sygeforsikring eller anden personforsikring har selskabet uanset forsikringens karakter intet krav mod den erstatningsansvarlige.*

Bestemmelsen er sondringen i renkultur: **skadesforsikreren** indtræder i skadelidtes krav, **summaforsikreren** har ingen regres. Ordene "uanset forsikringens karakter" i stk. 2 skærper afskæringen yderligere: selv hvor en personforsikring i sit indhold nærmer sig en tabsdækning, er regresadgangen lukket.

Samme systematik går igen i § 17, stk. 1, hvorefter ydelser efter den sociale lovgivning, pensionsydelser "samt forsikringsydelser uanset forsikringens karakter, jf. § 22, stk. 2", ikke kan danne grundlag for regreskrav mod den erstatningsansvarlige. Den praktisk vigtigste undtagelse er sygedagpenge, der efter § 17, stk. 1, 3. pkt., kan danne grundlag for regres i medfør af sygedagpengelovens § 78, stk. 1 – det spørgsmål var netop genstand for Højesterets dom i Sag 283/2011 mellem Herning Kommune og Tryg Forsikring om regres for sygedagpenge ved en arbejdsskade i et færdselsuheld, og for Højesterets dom i Sag 282/2011, der tillige angik fortolkningen af "det fulde krav" i forsikringsaftaleloven § 95, stk. 2. Efter § 17, stk. 2 kan en arbejdsgiver, der har udbetalt dagpenge eller sygeløn, gøre regres i det omfang, arbejdsgiveren har lidt et tab.

Et vigtigt teknisk forhold, som ofte forveksles i praksis: **regresgrundlaget skal søges i erstatningsansvarsloven, ikke i forsikringsaftaleloven § 25**. Den oprindelige subrogationsregel i FAL § 25 er ophævet – i lovbekendtgørelse nr. 726 af 24. oktober 1986 står § 25 alene som "(Ophævet)" – og den nugældende § 25 er en helt anden bestemmelse, indsat ved **lov nr. 434 af 10. juni 2003**, hvorefter selskabet senest 3 måneder efter anmeldelse skal vejlede sikrede om retten til at kræve betaling efter § 24, stk. 1, 2. pkt. Den ændring indgik i en større reform om bl.a. begrundelsespligt, præmiebetaling, vejledning om acontobetaling og direkte krav ved skadevolders konkurs.

Regresadgangen understøttes på sikredes side af forsikringsaftaleloven § 52, stk. 1, hvorefter sikrede ved en forsikringsbegivenhed ikke blot skal afværge eller begrænse skaden, men også – hvis selskabet skal erstatte en skade, som sikrede kan kræve erstattet hos tredjemand – "træffe de til sikring af selskabets dækningskrav efter omstændighederne nødvendige foranstaltninger, indtil selskabet bliver i stand til selv at varetage sit tarv". Sanktionen er begrænset: efter § 52, stk. 2 kræves forsæt eller grov uagtsomhed, og strengere virkninger kan

ikke aftales. Pligten hviler begrebsmæssigt på, at der **er** et dækningskrav at sikre – og det er der kun ved skadesforsikring. Ankenævnet har anvendt § 52 som tabsbegrænsningspligt i 97238 om rotteskader under en ejerskifteforsikring, hvor sikrede dog bragte sig i en bevismæssigt vanskelig situation ved at udbedre uden fornyet besigtigelse, og bestemmelsen indgik tillige i 97046.

I byretspraksis ses afskæringen anvendt direkte. I BS-2462/2015-FRB om tyske sociale sikringsordningers regreskrav mod et dansk ansvarsforsikringsselskab efter et færdselsuheld indgik netop § 17 og § 22, stk. 2 i afgørelsesgrundlaget. Regres på grundlag af udbetalt ansvarsdækning ses endvidere i BS-23201/2020-KBH og – i offererstatningssammenhæng – i BS-8531/2019-HER.

Også på det nyere voldsskadeforsikringsområde er regres udtrykkeligt afskåret. Beskæftigelsesministeriets vejledning om voldsskadeforsikring fastslår:

> *Erstatning efter voldsskadeforsikringen kan ikke danne grundlag for regreskrav mod en skadevolder, der har pådraget sig erstatningspligt over for tilskadekomne eller efterladte, jf. arbejdsskadesikringslovens § 49 b, stk. 3.*

Selve regresopgøret og voldgiften **mellem** forsikringsselskaber falder uden for denne oversigt og behandles under subrogation-regres-forsikring; jf. herved også Højesterets kendelse i BS-30473/2019-HJR om isoleret bevisoptagelse i en sag om et forsikringsselskabs regreskrav mod medsikrede entreprenører.

LOV `Erstatningsansvarsloven § 17, stk. 1, 2` `Erstatningsansvarsloven § 22, stk. 1, 2` `Forsikringsaftaleloven § 25` `Forsikringsaftaleloven § 52, stk. 1, 2` `Forsikringsaftaleloven § 95, stk. 2`

PRAKSIS

Højesteret · Højesteret tillader isoleret bevisoptagelse ved almindelige domstole i sag om regreskrav fra forsikringsselskab mod medsikrede entreprenører	15.04.2020
Højesteret · Højesterets afklaring af arbejdsgiverbegrebet i sygedagpengeloven og fortolkning af 'det fulde krav' i forsikringsaftaleloven	28.06.2013
Højesteret · Herning Kommune mod Tryg Forsikring A/S: Regres for sygedagpenge ved arbejdsskade i færdselsuheld	17.04.2013
Byretten · Sag om forsikringsdækning og regreskrav efter færdselsuheld	21.10.2021
Byretten · Regreskrav efter Vold og Erstatningsansvarslovens Lempelsesregel	23.10.2019
Byretten · Regres efter færdselsuheld - Tyske sociale sikringsordningers krav mod dansk forsikringsselskab	31.05.2018
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for brandskade grundet mistanke om forsikringssvindel og økonomisk motiv	02.11.2022
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af dækning for rotteskader under ejerskifteforsikring	29.06.2022

§ 5 Kumulation: summaudbetalinger fradrages ikke i skadevolderens erstatningsansvar

Den tredje store retsvirkning ligger i erstatningsopgørelsen over for skadevolderen. Efter erstatningsansvarsloven § 2, stk. 2 fradrages i erstatningen for tabt arbejdsfortjeneste bl.a. løn under sygdom, dagpenge, midlertidig erhvervsevnetabserstatning efter arbejdsskadesikringsloven – og:

> *forsikringsydelser, der har karakter af en virkelig skadeserstatning, samt lignende ydelser til den skadelidte.*

Udtrykket "virkelig skadeserstatning" er lovgivers kodificering af sondringen. Er ydelsen en summaforsikringsudbetaling, fradrages den ikke – skadelidte kan altså kumulere summen med den fulde erstatning fra skadevolderen. Kombineret med § 22, stk. 2 betyder det, at summaforsikringens ydelse hverken kan fradrages hos skadelidte eller søges tilbage hos skadevolderen: den ligger definitivt uden for erstatningsopgøret.

Erstatningsnævnet har opstillet de operative kriterier i 13-520-01179. Ansøgeren havde efter en voldsepisode modtaget løbende udbetalinger fra sit eget forsikringsselskab som følge af nedsat erhvervsevne, og nævnet havde først fradraget beløbene som dækning fra anden side efter offererstatningsloven § 7, stk. 1. Efter en gennemgang af policen omgjorde nævnet afgørelsen med følgende begrundelse:

- **Fikseret ydelse**: udbetalingen var baseret på en på forhånd fastlagt løn og ikke det faktiske tab.
- **Objektive kriterier**: ydelsen blev udløst automatisk ved et erhvervsevnetab på 50 % eller derover, uden hensyn til fremtidige lønforventninger.
- **Uafhængighed**: udbetalingen var uafhængig af øvrige erstatninger.

Da der således var tale om en summaforsikring, forelå der ikke dækning fra anden side, og fradraget var uberettiget. Den parallelle afgørelse 13-520-01179 opsummerer de samme momenter i skemaform – beregningsgrundlag (fastlåst løn i policen), udløsende faktor (erhvervsevne nedsat med 50 % eller derover) og uafhængighed (det konkrete erhvervsevnetab eller lønændringer påvirkede ikke ydelsens størrelse) – og henviser udtrykkeligt til Højesterets dom **U2014.933H** om, at en privattegnet invalidepension under visse omstændigheder ikke skal modregnes i erstatning for tabt arbejdsfortjeneste. Højesterets dom findes her som Sag 196/2012, afsagt 20. december 2013, med erstatningsansvarsloven § 2, stk. 2 som det centrale hjemmelsgrundlag.

Tankegangen er senere videreført til andre ydelsestyper. I Erstatningsnævnets afgørelse af 1. juli 2026 om legat fra en fond fandt nævnet, at legatet ikke skulle indgå i opgørelsen af den faktiske indkomst, fordi midlerne hverken havde sammenhæng med lønindkomsten – de var "nærmere at sammenligne med en gave" – eller karakter af en virkelig skadeserstatning.

Modstykket er de tilfælde, hvor forsikringen refunderer **faktiske udgifter**. Ankestyrelsens principafgørelse U-34-01 angik en tilskadekommen, hvis private sygeforsikring havde betalt en del af udgifterne til kiropraktor og fysioterapi. Forbundet argumenterede for, at den private forsikring burde være irrelevant, ligesom det er tilfældet ved ménerstatning fra en privat ulykkesforsikring. Ankestyrelsen afviste:

> *Det betød, at i det omfang sikrede havde modtaget betaling af sine udgifter fra den private sygeforsikring havde sikrede ikke dokumenteret en udgift til behandling, som hun kunne få dækket efter arbejdsskadesikringsloven.*

Afgørelsen viser sondringen i praksis: den refunderende sygedækning er tabsafhængig og fortrænger kravet, mens ménerstatningen fra ulykkesforsikringen er en sum, der ikke berører opgørelsen.

At kumulation er hovedreglen ved personforsikring, fremgår også direkte af Arbejdsskadestyrelsens foreningsvejledning: når en skade er omfattet af arbejdsskadesikringsloven, modtager tilskadekomne godtgørelse og erstatning fra arbejdsskadesikringen og vil **samtidig** kunne få udbetalt godtgørelse fra sin heltidsulykkesforsikring.

Et lærerigt parallelt ræsonnement uden for forsikringsretten findes i Højesterets dom i BS-13560/2019-HJR om minimalerstatning efter funktionærlovens § 3. Parterne var enige om, at minimalerstatningen er **tabsuafhængig**, og at der derfor ikke kan fradrages sygedagpenge i den del, mens Højesteret fastslog,

at erstatning ud over minimalerstatningen altid skal opgøres ud fra det faktiske tab, hvorved samtlige indtægter i opsigelsesperioden modregnes. Det er præcis den samme logik som sondringen mellem summa- og skadesdækning: fradrag følger tabsafhængigheden, ikke ydelsens navn.

Inden for det tabsafhængige spor gælder omvendt et strengt forbud mod dobbeltdækning. Erstatningsnævnet foretog i 18-520-00829 modregning inden for samme erstatningspost med henvisning til, at skadelidte ikke må modtage dobbeltdækning for samme økonomiske tab, jf. erstatningsansvarsloven § 16, stk. 1, og Højesteret har i BS-43706/2022-HJR understreget, at der ikke må være overlapning mellem tabt arbejdsfortjeneste og erhvervsevnetabserstatning. Se tilsvarende Sag 54/2011 om fradrag af midlertidig erhvervsevnetabserstatning i differencekravet, og 13-520-01582, hvor nævnet efter Højesterets dom af 4. april 2014 (UfR 2014.2011H) ophævede et fradrag for tilskadekomstpension i differencekravet.

LOV Erstatningsansvarsloven § 2, stk. 2 · Erstatningsansvarsloven § 16, stk. 1 · Erstatningsansvarsloven § 22, stk. 2 · Offererstatningsloven § 7, stk. 1

PRAKSIS

Højesteret · Udbetaling af erhvervsevnetabserstatning bragte retten til tabt arbejdsfortjeneste til ophør	20.09.2023
Højesteret · Erstatning ved bortvisning: Fradrag for sygedagpenge i hele opsigelsesperioden	11.12.2019
Højesteret · Højesterets dom om fradrag for privat invalidepension i erstatning for tabt arbejdsfortjeneste	20.12.2013
Højesteret · Fradrag af midlertidig erhvervsevnetabserstatning i differencekrav efter de dagældende regler i arbejdsskadesikringsloven	04.10.2012
Erstatningsnævnet · Legat fra fond skulle ikke medregnes ved opgørelse af tabt arbejdsfortjeneste efter erstatningsansvarsloven	01.07.2026
Erstatningsnævnet · Erstatning for tabt arbejdsfortjeneste uden fradrag for privat summaforsikring	14.07.2018
Erstatningsnævnet · Tjenestemænds krav på fuld erstatning for erhvervsevnetab efter Erstatningsansvarsloven	19.11.2015
Ankestyrelsen · Dækning af behandlingsudgifter under arbejdsskadesikringen ved privat sygeforsikring	01.01.2001

§ 6 Grænsetilfældene: hvornår er en "fast sum" reelt en tabsdækning?

De vanskelige sager er dem, hvor produktet formelt udbetaler en fast eller skematisk beregnet ydelse, men reelt skal kompensere et indtægtstab – lønsikring, erhvervsudygtighedsdækning, invalidepension, betalingsforsikring til lån. Praksis peger på fire kriterier, der tilsammen afgør kvalifikationen:

Kriterium	Peger mod SUMMAforsikring	Peger mod SKADESforsikring
Beregningsgrundlag	Fikseret beløb eller fikseret løn angivet i policen	Den faktiske løn/udgift på skadestidspunktet
Udløsende faktor	Objektiv tærskel (fx erhvervsevnetab ≥ 50 %, méngrad ≥ 25 %, dødsfald)	Dokumenteret, løbende indtægtsnedgang eller afholdt udgift
Følsomhed over for det konkrete tab	Ydelsen ændres ikke ved lønændringer eller varierende tab	Ydelsen følger tabets faktiske størrelse
Samspil med anden dækning	Udbetales uafhængigt af kompensation fra anden side	Reduceres eller bortfalder ved dækning fra anden side

Kriterierne er hentet direkte fra Erstatningsnævnets policeanalyse i 13-520-01179.

Ankenævnet for Forsikrings praksis om erhvervsevnetabsdækninger illustrerer den typiske summakonstruktion: dækning udløses, når erhvervsevnen er nedsat med mindst halvdelen, hvorefter en i policen fastsat ydelse udbetales. I 100072 fastslog nævnet, at det er klageren, der har bevisbyrden for, at erhvervsevnen er nedsat med mindst halvdelen, og at kommunens tilkendelse af fleksjob på 10,5 timer ugentligt "ikke [var] bindende for forsikringsselskabets privatretlige vurdering af erhvervsevnetabet i forhold til forsikringsbetingelserne". Samme struktur ses i 101018 og 100286. Det bemærkelsesværdige er, at tvisten aldrig handler om tabets størrelse, men udelukkende om, hvorvidt tærsklen er nået – det er summaforsikringens signatur.

Endnu tydeligere fremgår det af 96357, hvor forsikringsbetingelserne krævede en méngrad på mindst 25 % **for hvert enkelt dækningsberettiget ulykkestilfælde**. Klageren havde inden for fem måneder pådraget sig to benskader med henholdsvis 10 % og 10 % mén og ønskede dem lagt sammen, bl.a. fordi et andet selskab havde vurderet dem som én samlet skade på 25 %. Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere, at méngraden blev opgjort isoleret for hver ulykke. Afgørelsen viser, at summaforsikringens udløsningsmekanik er ren aftalefortolkning – uden nogen tabsopgørelse at falde tilbage på.

Selve summens størrelse kan ligeledes være omtvistet. I 99916 tilsidesatte nævnet selskabets nedsættelse af forsikringssummen på en ulykkesforsikring efter jobskifte, fordi klausulen om arbejdstid var uigennemskuelig – med henvisning til forsikringsaftaleloven § 121, stk. 2 om fareforøgelse ved personforsikring. Tilsvarende spørgsmål behandledes i 100966. Ved summaforsikringer er policens angivelse af summen altså selve dækningens kerne – hvor den ved skadesforsikringer kun er et loft, jf. § 40.

Modsat ligger betalings- og ydelsesforsikringer tættere på skadessiden. I 102309 dækkede en "ØkonomiSikring" de månedlige låneydelser ved ufrivillig arbejdsløshed eller midlertidig uarbejdsdygtighed. Dækningen var betinget af, at den forsikrede på tidspunktet for uarbejdsdygtighedens indtræden var beskæftiget som lønmodtager mindst 16 timer ugentligt, og den ophørte automatisk ved tilkendelse af fleksjob. Ydelsen er her knyttet til en konkret, løbende betalingsforpligtelse og til en faktisk erhvervstilknytning – funktionelt en tabsdækning, selv om den udmåles skematisk. Nævnet fandt det kritisabelt, at selskabet ikke orienterede klageren om en systemfejl i policeudstedelsen, men afviste kravet, fordi 16-timers-betingelsen ikke var opfyldt.

Endelig gælder for begge kategorier, at der skal foreligge en dækningsberettiget begivenhed. I 95091 blev dækning afvist, fordi klageren ikke havde godtgjort, at hovedårsagen til skuldergenerne var ulykkestilfældet frem for forudbestående slidgigt og tidligere ledskred. Kvalifikationsspørgsmålet aktualiseres altså først, når dækningsspørgsmålet er afklaret. Méngradsfastsættelsen i ulykkesforsikring behandles nærmere under ulykkesforsikring-mengradsfastsaettelse og méngodtgørelse under varigt-men-mengradserstatning.

LOV `Erstatningsansvarsloven § 2, stk. 2` `Forsikringsaftaleloven § 40` `Forsikringsaftaleloven § 121, stk. 2`

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Tvist om Økonomisikring ved Billån og Dækningsomfang for Fleksjobber	02.04.2025
Ankenævnet for Forsikring · Danica Pension: Afslag på udbetaling for tab af erhvervsevne efter hjernerystelse	28.08.2024
Ankenævnet for Forsikring · Klage over nedsat forsikringssum på ulykkesforsikring	12.06.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse vedrørende afslag på udbetaling ved tab af erhvervsevne grundet dobbeltsidig tennis- og golfalbue	20.03.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på fortsat udbetaling ved tab af erhvervsevne trods tilkendelse af fleksjob	24.01.2024

Ankenævnet for Forsikring · Tilsidesættelse af forsikringsselskabets nedsættelse af forsikringssum ved ulykkestilfælde i fleksjob	01.11.2023
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af ulykkesforsikringsdækning efter to separate ulykkestilfælde	18.05.2021
Ankenævnet for Forsikring · Uenighed om dækning af skulderskade: Ulykkestilfælde eller forudbestående sygdom?	07.04.2021
Erstatningsnævnet · Erstatning for tabt arbejdsfortjeneste uden fradrag for privat summaforsikring	14.07.2018

§ 7 Personforsikringens egne regler – begunstigelse, senere følger og forholdet til ansvarsforsikring

Fordi summaforsikringen ikke skal opgøre noget tab, forskydes tvisterne til to andre akser: **hvem** summen tilfalder, og **hvornår** den udløses.

Spørgsmålet om, hvem summen tilfalder, afgøres af begunstigelsesreglerne. Højesterets dom i BS-50349/2023-HJR angik en gruppelivsforsikring og en pensionsforsikring, hvor summerne skulle udbetales til "nærmeste pårørende", jf. forsikringsaftaleloven § 105 a. Samleveren var flyttet ud få dage før dødsfaldet på grund af uoverensstemmelser. Højesteret foretog en konkret vurdering og lagde vægt på, at afdøde med samleverens hjælp var skrevet op til en ny selvstændig bolig, og at afskedsbeskeden bekræftede, at forholdet var forbi:

> *På denne baggrund finder Højesteret efter en samlet vurdering, at det må lægges til grund, at samlivet var endeligt ophørt, da C døde.*

Summerne på i alt ca. 391.000 kr. tilfaldt herefter afdødes børn. Dommen illustrerer, at hele tvisten ved en summaforsikring kan koncentrere sig om personkredsen – der er ingen tabsopgørelse at strides om. Liv- og pensionsudbetalinger behandles nærmere under livsforsikring-pension.

Spørgsmålet om, hvornår summen udløses, reguleres bl.a. af forsikringsaftaleloven § 120, hvorefter selskabet ved ulykke eller sygdom indtruffet i forsikringstiden også hæfter "for sådanne skadelige følger, som først viser sig senere". Bestemmelsen er en logisk følge af summaforsikringens konstruktion: det er begivenheden – ikke tabets manifestation – der er den retsstiftende kendsgerning.

Endelig må ansvarsforsikringen holdes klart adskilt: den er en skadesforsikring, uanset at den dækker personskade. Skadelidtes direkte krav mod selskabet følger af forsikringsaftaleloven § 95, stk. 2, og Højesteret fastslog i BS-28670/2021-HJR, at indtræden efter § 95, stk. 2, indebærer, at skadelidte indtræder i skadevolderens (den sikredes) forældelsesretlige stilling over for selskabet:

> *Højesteret finder, at indtræden efter § 95, stk. 2, i overensstemmelse med bestemmelsens ordlyd, og hvad der må anses for forudsat i forarbejderne til lovens § 29 om forældelse, indebærer, at skadelidte indtræder i skadevolderens (den sikredes) forældelsesretlige stilling over for forsikringsselskabet.*

Mekanismen i § 95 er en **overtagelse af sikredes krav mod selskabet** og må ikke forveksles med selskabets subrogation i sikredes krav mod skadevolderen efter erstatningsansvarsloven § 22, stk. 1 – de to bevæger sig i modsatte retninger.

Selv om en ulykkesforsikring er en summaforsikring, kan policevilkårene indeholde tabspræget begrænsning. Erstatningsnævnet afviste i 19-520-05129 at dække differencen, da en privat ulykkesforsikring kun delvist havde dækket tandskader efter vold under henvisning til forudbestående svækkelse: da selskabet havde

anerkendt, at skaden var omfattet af forsikringen, var erstatningens omfang et rent mellemværende mellem ansøgeren og selskabet.

LOV Erstatningsansvarsloven § 22, stk. 1 · Forsikringsaftaleloven § 95, stk. 2 · Forsikringsaftaleloven § 105a, stk. 1-3 · Forsikringsaftaleloven § 120

PRAKSIS
- **Højesteret** · Forsikringssum tilfaldt afdødes børn som nærmeste pårørende efter endeligt samlivsophør — 02.02.2024
- **Højesteret** · Højesterets afgørelse om skadelidtes indtræden i sikredes forældelsesretlige stilling efter Forsikringsaftalelovens § 95, stk. 2 — 24.02.2022
- **Erstatningsnævnet** · Erstatningsnævnets afslag på dækning af tandskader ved delvis forsikringsudbetaling — 12.11.2020

§ 8 Afledte virkninger i skatteret og forvaltningsret

Sondringen forplanter sig til retsområder, hvor den ikke er direkte lovfæstet, men hvor den økonomiske funktion af ydelsen er afgørende.

Skatteretligt gælder, at et erstatningsbeløb behandles som den indtægt, udgift eller det aktiv, erstatningen træder i stedet for. En skadesforsikringsudbetaling til en erhvervsdrivende indtægtsføres derfor, fordi den erstatter et fradragsberettiget tab – spørgsmålet var netop genstand for Landsskatterettens afgørelse i 19-0026996 om fradrag for hensættelser til erstatninger og indtægtsførelse af en forsikringssum efter et tankkollaps. Omvendt er engangsbeløb, der kompenserer selve indkomstgrundlaget, skattefri: i SKM2017.452.SR bekræftede Skatterådet, at overenskomstmæssige engangsbeløb til efterladte ved død som følge af arbejdsskade og til den ansatte ved afskedigelse på grund af varigt mén kunne sidestilles med skattefrie engangsydelser efter arbejdsskadesikringsloven, jf. statsskatteloven § 5. Grænsen blev derimod trukket i 16-0693066, hvor et aftalt engangsbeløb på 350.000 kr. fra en arbejdsgiver uden lovpligtig arbejdsskadeforsikring var skattepligtigt, fordi en del af beløbet trådte i stedet for en **midlertidig** – og dermed løbende og skattepligtig – erhvervsevnetabserstatning:

> *Da en midlertidig erstatning for tabt erhvervsevne udbetales som en løbende ydelse, ifølge arbejdsskadesikringslovens § 27, stk. 1, 4. pkt., kan en midlertidig erstatning ikke modtages skattefrit. Således kan en aftalt erstatning, der træder i stedet for en midlertidig erstatning, heller ikke modtages skattefrit.*

Selve summaforsikringens konstruktion – en aftalt sum, der reguleres efter policen – har Skatterådet behandlet i SKM2025.33.SR, hvor en frivillig nedsættelse af en indekseret ulykkesforsikringssum ikke udløste beskatning.

Forvaltningsretligt går forbuddet mod overkompensation igen, men med selvstændige hjemler. Ankestyrelsen fastslog i principafgørelse 3-18, at det almindelige socialretlige princip om, at der ikke må ske dobbeltdækning, afskærer afløsning for opgaver, som kommunen allerede aflønner en selvudpeget hjælper for. Omvendt viser principafgørelse 59-11, at en tilskadekomstpension – som er en erstatningslignende ydelse – ikke skal fradrages i ledighedsydelsen. Og i principmeddelelse 34-24 fastslog Ankestyrelsen med henvisning til Vestre Landsrets dom af 18. april 2023, at et forsikringsselskabs krav mod den tilskadekomne som følge af en ren udbetalingsfejl er et privatretligt mellemværende for domstolene, ikke et offentligretligt tilbagebetalingskrav.

Endelig viser administrative ordninger, at fradragsreglerne kan være anderledes end i erstatningsansvarsloven. Vejledningen om behandling af arbejdsskadesager vedrørende medarbejdere i Kriminalforsorgen foreskriver, at der ved fastsættelsen af erstatningen skal foretages fradrag for sociale ydelser, der dækker det pågældende

tab, og at "[t]ilsvarende skal fradrages private forsikringsydelser, herunder fra sygeforsikringsforeninger". Ved anvendelsen af sådanne særordninger skal man derfor ikke uden videre overføre kumulationsreglen fra erstatningsansvarsloven § 2, stk. 2.

LOV	Erstatningsansvarsloven § 2, stk. 2 · Statsskatteloven § 4 · Statsskatteloven § 5	
PRAKSIS	**Landsskatteretten** · Erstatning for arbejdsulykke uden lovpligtig forsikring: Skattepligt?	08.03.2022
	Landsskatteretten · Fradrag for hensættelser til erstatninger og indtægtsførelse af forsikringssum – tankkollaps	17.08.2021
	Skatterådet · Frivillig nedsættelse af indekseret ulykkesforsikringssum udløser ikke beskatning	20.01.2025
	Skatterådet · Skattefrihed for engangsbeløb ved arbejdsskader efter overenskomst	26.07.2017
	Ankestyrelsen · Ankestyrelsens kompetence ved tilbagebetaling: Fejlagtigt udbetalte beløb af forsikringsselskaber er et privatretligt mellemværende	22.12.2024
	Ankestyrelsen · Ingen ret til afløsning når ægtefælle er lønnet som selvudpeget hjælper – risiko for overkompensation	01.01.2018
	Ankestyrelsen · Intet fradrag i ledighedsydelse for forhøjelse af tjenestemandspension ved arbejdsskade	01.01.2011

§ 9 Sammenfatning: en fire-trins prøve og fire retsvirkninger

Praksis efterlader et forholdsvis fast billede af, hvordan kvalifikationen foretages, og hvad der følger af den.

Prøven. Kvalifikationen foretages ved en konkret analyse af policen med fire spørgsmål: (1) Hvordan beregnes ydelsen – af et fikseret beløb eller af det faktiske tab? (2) Hvad udløser den – en objektiv tærskel eller et dokumenteret tab? (3) Reagerer ydelsen på ændringer i det faktiske tab? (4) Reduceres den ved dækning fra anden side? Peger svarene mod fikseret beregning, objektiv udløsning, tabsuafhængighed og uafhængighed af anden dækning, er der tale om en summaforsikring, jf. Erstatningsnævnets analyse i 13-520-01179-. Policens overskrift og selskabets koncessionsklasse er derimod ikke afgørende – bekendtgørelse om tilladelse til skadesforsikringsselskaber § 4 forudsætter tværtimod, at klasse 1 og 2 kan tegnes både som summaforsikring og som dækning af økonomiske tab.

Retsvirkningerne. Falder produktet på skadessiden, udløses fire regelsæt samtidig:

- **Berigelsesforbud og tabsopgørelse** efter § 39 sammenholdt med §§ 36-38 og § 40, med sikrede som bevisbyrdebærer for kravets rigtighed og størrelse, jf. 99936.
- **Dobbeltforsikringsreglerne** i §§ 41-46, der dog kun aktiveres, hvor samme interesse og samme personkreds er dækket, jf. BS-37312/2022-ROS.
- **Subrogation** efter erstatningsansvarsloven § 22, stk. 1, understøttet af sikredes pligt til at sikre selskabets dækningskrav efter forsikringsaftaleloven § 52, stk. 1.
- **Fradrag** i skadevolderens erstatningsansvar, i det omfang ydelsen har karakter af en virkelig skadeserstatning, jf. erstatningsansvarsloven § 2, stk. 2.

Falder produktet på summasiden, bortfalder alle fire: der er intet berigelsesforbud, ingen forholdsmæssig fordeling mellem selskaber, ingen regres (og efter § 22, stk. 2 end ikke hvor dækningen indholdsmæssigt ligner en tabsdækning), og ingen afkortning i erstatningen fra skadevolderen. Til gengæld bliver policevilkårene enerådende – det er derfor, tvisterne ved summaforsikring næsten altid handler om tærskler, personkreds og summens størrelse, jf. 96357, 11492 og BS-50349/2023-HJR.

To praktiske faldgruber fortjener at blive fremhævet. For det første må regresgrundlaget søges i erstatningsansvarsloven og ikke i forsikringsaftaleloven § 25 – den oprindelige subrogationsregel dér er ophævet, og den nugældende § 25 angår alene vejledning om acontobetaling. For det andet rækker berigelsesforbuddet ikke ind over aftaler om erstatningsopgørelsen indgået, efter at forsikringsbegivenheden er kommet til parternes kundskab; det følger allerede af forarbejderne fra 1929 og blev lagt til grund af flertallet i 96999.

Den konkrete nyværdi-/dagsværdiberegning i tingsskadesager behandles under erstatningsopgoerelse-nyvaerdi-dagsvaerdi, og oplysningspligt og forsikringssvig under oplysningspligt-fal.

LOV Erstatningsansvarsloven § 2, stk. 2 · Erstatningsansvarsloven § 22, stk. 1, 2 · Forsikringsaftaleloven § 39, stk. 1 · Forsikringsaftaleloven § 41 · Forsikringsaftaleloven § 52, stk. 1

PRAKSIS

Højesteret · Forsikringssum tilfaldt afdødes børn som nærmeste pårørende efter endeligt samlivsophør	02.02.2024
Byretten · Ejerskifteforsikrings regreskrav mod tidligere ejers husforsikring for mangelfuld skadesudbedring	14.02.2024
Byretten · Krav om yderligere forsikringsudbetaling fra landbrugsforening afvist af Retten i Herning	04.05.2023
Ankenævnet for Forsikring · Sag om indbrudstyveri: Tvist om erstatningssum og dokumentation for stjålne genstande	17.04.2024
Ankenævnet for Forsikring · Bindende forlig om erstatning for rådskade i vinduer uanset lavere faktiske udbedringsomkostninger	02.03.2022
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af ulykkesforsikringsdækning efter to separate ulykkestilfælde	18.05.2021
Erstatningsnævnet · Erstatning for tabt arbejdsfortjeneste uden fradrag for privat summaforsikring	14.07.2018

REFERENCE Lovgrundlag

7 paragraffer

Erstatningsansvarsloven § 2	stk. 2	Erstatningsansvarsloven § 17	stk. 1
Erstatningsansvarsloven § 22	stk. 1, 2	Forsikringsaftaleloven § 35	
Forsikringsaftaleloven § 39	stk. 1-2	Forsikringsaftaleloven § 41	
Forsikringsaftaleloven § 52	stk. 1		

MATERIALE Citerede afgørelser

42 afgørelser

HØJESTERET · ØVERSTE INSTANS 9

02.02.2024	Forsikringssum tilfaldt afdødes børn som nærmeste pårørende efter endeligt samlivsophør	bs-50349-2023-hjr
20.09.2023	Udbetaling af erhvervsevnetabserstatning bragte retten til tabt arbejdsfortjeneste til ophør	bs-43706-2022-hjr
24.02.2022	Højesterets afgørelse om skadelidtes indtræden i sikredes forældelsesretlige stilling efter Forsikringsaftalelovens § 95, stk. 2	bs-28670-2021-hjr

15.04.2020	Højesteret tillader isoleret bevisoptagelse ved almindelige domstole i sag om regreskrav fra forsikringsselskab mod medsikrede entreprenører	397-448
11.12.2019	Erstatning ved bortvisning: Fradrag for sygedagpenge i hele opsigelsesperioden	bs-13560-2019-hjr
20.12.2013	Højesterets dom om fradrag for privat invalidepension i erstatning for tabt arbejdsfortjeneste	196-2012
28.06.2013	Højesterets afklaring af arbejdsgiverbegrebet i sygedagpengeloven og fortolkning af 'det fulde krav' i forsikringsaftaleloven	282-2011
17.04.2013	Herning Kommune mod Tryg Forsikring A/S: Regres for sygedagpenge ved arbejdsskade i færdselsuheld	283-2011
04.10.2012	Fradrag af midlertidig erhvervsevnetabserstatning i differencekrav efter de dagældende regler i arbejdsskadesikringsloven	54-2011

BYRETTEN · FØRSTE INSTANS 5

14.02.2024	Ejerskifteforsikrings regreskrav mod tidligere ejers husforsikring for mangelfuld skadesudbedring	9800-11456
04.05.2023	Krav om yderligere forsikringsudbetaling fra landbrugsforening afvist af Retten i Herning	9827-11492
21.10.2021	Sag om forsikringsdækning og regreskrav efter færdselsuheld	3563-4246
23.10.2019	Regreskrav efter Vold og Erstatningsansvarslovens Lempelsesregel	9406-10932
31.05.2018	Regres efter færdselsuheld - Tyske sociale sikringsordningers krav mod dansk forsikringsselskab	147-171

LANDSSKATTERETTEN · ADMINISTRATIV KLAGEINSTANS 2

08.03.2022	Erstatning for arbejdsulykke uden lovpligtig forsikring: Skattepligt?	16-0693066
17.08.2021	Fradrag for hensættelser til erstatninger og indtægtsførelse af forsikringssum – tankkollaps	19-0026996

SKATTERÅDET · ADMINISTRATIV MYNDIGHED 2

20.01.2025	Frivillig nedsættelse af indekseret ulykkesforsikringssum udløser ikke beskatning	24-1391999
26.07.2017	Skattefrihed for engangsbeløb ved arbejdsskader efter overenskomst	17-0563388

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS 16

14.05.2025	Tyveri fra bil uden synlige tegn på opbrud: Tvist om dækningssum fra indboforsikring	103086
02.04.2025	Tvist om Økonomisikring ved Billån og Dækningsomfang for Fleksjobber	102309
28.08.2024	Danica Pension: Afslag på udbetaling for tab af erhvervsevne efter hjernerystelse	101018
12.06.2024	Klage over nedsat forsikringssum på ulykkesforsikring	100966
17.04.2024	Sag om indbrudstyveri: Tvist om erstatningssum og dokumentation for stjålne genstande	99936

20.03.2024	Afgørelse vedrørende afslag på udbetaling ved tab af erhvervsevne grundet dobbeltsidig tennis- og golfalbue	100286
24.01.2024	Afslag på fortsat udbetaling ved tab af erhvervsevne trods tilkendelse af fleksjob	100072
01.11.2023	Tilsidesættelse af forsikringsselskabets nedsættelse af forsikringssum ved ulykkestilfælde i fleksjob	99916
02.11.2022	Afvisning af dækning for brandskade grundet mistanke om forsikringssvindel og økonomisk motiv	97046
29.06.2022	Afgørelse om afvisning af dækning for rotteskader under ejerskifteforsikring	97238
02.03.2022	Bindende forlig om erstatning for rådskade i vinduer uanset lavere faktiske udbedringsomkostninger	96999
18.05.2021	Afvisning af dækning for stjålet bil: Tvist om erhvervsmæssig brug og forsikringsaftalens vilkår	95230
18.05.2021	Afgørelse om afvisning af ulykkesforsikringsdækning efter to separate ulykkestilfælde	96357
07.04.2021	Uenighed om dækning af skulderskade: Ulykkestilfælde eller forudbestående sygdom?	95091
03.02.2021	Indboklage efter indbrudstyveri: Uenighed om erstatningsopgørelse for stjålet værktøj og indbo	95095
01.02.2017	Alpha Insurance A/S: Afslag på genhusningsomkostninger og uenighed om erstatningsopgørelse efter brandskade	89730

ANKESTYRELSEN · NÆVN / KLAGEINSTANS 4

22.12.2024	Ankestyrelsens kompetence ved tilbagebetaling: Fejlagtigt udbetalte beløb af forsikringsselskaber er et privatretligt mellemværende	34-24
01.01.2018	Ingen ret til afløsning når ægtefælle er lønnet som selvudpeget hjælper – risiko for overkompensation	3-18
01.01.2011	Intet fradrag i ledighedsydelse for forhøjelse af tjenestemandspension ved arbejdsskade	59-11
01.01.2001	Dækning af behandlingsudgifter under arbejdsskadesikringen ved privat sygeforsikring	U-34-01

ERSTATNINGSNÆVNET · NÆVN / KLAGEINSTANS 4

01.07.2026	Legat fra fond skulle ikke medregnes ved opgørelse af tabt arbejdsfortjeneste efter erstatningsansvarsloven	
12.11.2020	Erstatningsnævnets afslag på dækning af tandskader ved delvis forsikringsudbetaling	19-520-05129
14.07.2018	Erstatning for tabt arbejdsfortjeneste uden fradrag for privat summaforsikring	13-520-01179
19.11.2015	Tjenestemænds krav på fuld erstatning for erhvervsevnetab efter Erstatningsansvarsloven	13-520-01582

29 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over stormskade, skybrud og piskeregn

Vindstyrkekrav, skybrudsdefinition og bevisbyrde i Ankenævnet for Forsikrings praksis

Version 2 Opdateret 16. jul. 2026 25 afgørelser · 2011–2025 Læs online

INTRODUKTION

Vejrbetingede skader på bygning og indbo afgøres næsten udelukkende i Ankenævnet for Forsikring, hvor tvisterne kredser om tre spørgsmål: var der storm i betingelsernes forstand (mindst 17,2 m/s), var der skybrud i betingelsernes forstand (oversvømmelse hvor vandet ikke kan få normalt afløb), og forårsagede vejret skaden – eller udløste det blot en skade, som slid, råd eller byggefejl havde forberedt? Praksis viser en stabil 17,2 m/s-tærskel på tværs af selskaber og årtier, en indskrænkende fortolkning af undtagelsen for nedbør gennem utætheder ved voldsomt skybrud, og en konsekvent bevisbyrde hos sikrede for både vejrhændelsen og årsagssammenhængen. Ved siden af den private police ligger den offentlige naturskadeordning efter lov om visse naturskader, der er subsidiær og dækker stormflod, oversvømmelse fra vandløb og søer, tørke og stormfald – men ikke storm og skybrud.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Storm defineres i forsikringsbetingelserne som vindstyrke 8 – en vindhastighed på mindst 17,2 m/s, konstant eller i stød – og tærsklen har været stabil på tværs af selskaber fra i hvert fald 2012 til 2025.

02 Sikrede har efter almindelige forsikringsretlige principper bevisbyrden både for, at der var storm på skadetidspunktet, og for at stormen forårsagede netop den anmeldte skade; vejrdata alene løfter ikke bevisbyrden.

03 Det er ikke tilstrækkeligt, at det faktisk stormede på skadedagen – nævnet afviser dækning, når vandindtrængen skyldes præeksisterende utætheder i murværk eller fuger.

04 Skybrudsdækningen forudsætter en oversvømmelse, hvor vandet ikke kan få normalt afløb – kraftig regn er i sig selv ikke nok.

05 Undtagelsen for nedbør, der trænger gennem utætheder, fortolkes indskrænkende ved voldsomt skybrud, så dækningstilsagnet får reelt indhold; selskabet må da bevise, at hovedårsagen er en fejl ved bygningen.

06 Stormdækningen omfatter kun "umiddelbar efterfølgende nedbørsskade" – vindpresset regn (piskeregn) gennem utætheder, der ikke selv er en stormskade, falder uden for.

07 Manglende vedligeholdelse, råd og slid er den hyppigste enkeltstående afvisningsgrund i stormskadesager.

08 Sikrede kan ikke kræve almindelig vedligeholdelse dækket under stormskadedækningen for at begrænse risikoen for fremtidige stormskader.

09 Tilvalgsdækningen "udvidet vandskade" flytter grænsen: nedbør gennem tagfladen dækkes uanset storm – men udbedring af årsagen til vandskaden er typisk selvstændigt undtaget.

10 Opstigning af grund- eller kloakvand er undtaget, medmindre det skyldes voldsomt sky- eller tøbrud; vandets karakter (klart vand kontra kloakvand) er uden betydning.

11 Skader, der direkte eller indirekte skyldes stormflod, er undtaget i policen og henvises til naturskadeordningen, der selv er subsidiær i forhold til privat forsikring.

12 Et klart og skriftligt dækningstilsagn binder selskabet og kan kun fraviges ved urigtige oplysninger fra sikrede.

13 Er skadeårsag og skadesomfang for komplekse til skriftlig behandling, afviser nævnet sagen og henviser til domstolene – men kan pålægge selskabet at betale for en fælles uvildig sagkyndig undersøgelse.

§ 1 To adskilte spor: den private police og den offentlige naturskadeordning

Vejrbetingede skader på fast ejendom og løsøre fordeler sig på to regelsæt, der bevidst er skruet sammen som hinandens komplement.

Den private bygnings- og indboforsikring dækker *storm*, *skypumpe* og *voldsomt sky- og tøbrud*. Der findes ingen lovbestemt definition af disse begreber – de er rene aftalevilkår, og det er derfor policens ordlyd, ikke lovgivningen, der afgør sagen. Forsikringsaftaleloven leverer alene rammen: sikredes oplysningspligt efter forsikringsaftalelovens § 22, stk. 1, forfald og forrentning efter § 24, stk. 1 og virkningen af tilsidesatte sikkerhedsforskrifter efter § 51, stk. 1.

Naturskadeordningen efter lov om visse naturskader dækker derimod fire lovdefinerede naturfænomener, jf. § 1: stormflod, oversvømmelse fra vandløb og søer, tørke samt – i form af gentilplantningstilskud – stormfald. Definitionerne står i § 2:

> *Ved stormflod forstås oversvømmelse som følge af en ekstremt høj vandstand i havet, der statistisk indtræffer sjældnere end hvert 20. år.*

Bemærk, at **storm og skybrud ikke er nævnt** i loven. Det er ikke en forglemmelse, men et bevidst valg. Betænkningen bag ordningen, betænkning nr. 1208/1990 om dækningsordning for skader forårsaget af stormflod, byggede på den forudsætning, at ordningen kun skulle omfatte skader, der *ikke* kunne forsikres under eksisterende forsikringsordninger. Udvalget udelukkede derfor motorkøretøjer og både, fordi der kunne tegnes kasko, jf. betænkningens s. 14. Dette subsidiaritetsprincip er i dag kodificeret i § 4, stk. 2, nr. 1-2, hvorefter

der ikke ydes erstatning for ejendom og løsøre, som det i almindelighed er muligt at forsikre, eller hvor anden forsikring dækker skaden.

Udvalget lagde samtidig to afgrænsninger fast, som stadig præger ordningen, jf. betænkningens s. 16:

> *Udvalget er endvidere enig med det tidligere udvalg i, at skaden skal være umiddelbart indtrædende. Dette indebærer, at skaden skal indtræde på selve stormflodstidspunktet eller i umiddelbar forlængelse af dette. Sætningsskader, der konstateres senere, bør således ikke omfattes af ordningen. Allerede de bevismæssige vanskeligheder taler imod at medtage skader ved langtidsvirkninger.*

og

> *Endelig finder udvalget, at kun direkte skader bør omfattes af ordningen. Begrundelsen herfor er, at ordningens formål er en katastrofedækning, og at omfanget af mulige indirekte tab er ret uoverskueligt.*

Begge principper genfindes ordret i § 4, stk. 1 ("umiddelbart indtrådte skader") og i det generelle forbud mod erstatning for indirekte tab. De forklarer, hvorfor grænsedragningen mellem de to spor er så bevismæssigt hård – og hvorfor den, som vist nedenfor, slår igennem i nævnspraksis.

Kompetencen til at fastslå, om naturfænomenet overhovedet er indtruffet, ligger ikke hos selskabet. Efter § 2, stk. 7 og § 3 i bekendtgørelse om forretningsorden for Naturskaderådet træffer Naturskaderådet afgørelsen – for stormflodens vedkommende efter udtalelse fra Danmarks Meteorologiske Institut og Kystdirektoratet.

LOV `Forsikringsaftaleloven § 22, stk. 1` `Forsikringsaftaleloven § 24, stk. 1` `Forsikringsaftaleloven § 51, stk. 1` `Lov om visse naturskader § 1` `Lov om visse naturskader § 2, stk. 1, 7` `Lov om visse naturskader § 4, stk. 1, 2`

§ 2 Stormdefinitionen: 17,2 m/s som fast og selskabsuafhængig tærskel

Selv om ingen lov definerer storm, er tærsklen i praksis så ensartet, at den fungerer som en de facto-standard. Nævnets kendelser gengiver betingelsernes ordlyd, og billedet er bemærkelsesværdigt stabilt fra 2012 til 2025.

Kendelse	År	Selskab	Betingelsernes ordlyd
81495	2012	Alm. Brand	"Storm (vindstyrke 8, svarende til 17,2 m pr. sekund) og nedbørsskader som opstår i umiddelbar forbindelse hermed"
88913	2017	LB Forsikring	"Storm betyder vind, hvor styrken konstant eller i stød er mindst 17,2 m pr. sekund"
99545	2023	Tryg	"vindstyrke/vindstød på mindst 17,2 meter pr. sekund"
102609	2025	Vestjylland Forsikring gs.	"Ved storm forstås mindst vindstyrke 8 eller en vindhastighed på mindst 17,2 meter pr. sekund"

Tre forhold er værd at hæfte sig ved:

- **Vindstød tæller.** Formuleringen "konstant eller i stød" i 88913 og "vindstyrke/vindstød" i 99545 betyder, at kravet kan opfyldes af et enkelt kraftigt vindstød. Middelvinden behøver ikke nå 17,2 m/s.
- **Dækningen rækker videre end vinden selv.** Betingelserne kobler konsekvent stormen sammen med "umiddelbar efterfølgende nedbørsskade" (88913) eller "nedbørsskader som opstår i umiddelbar forbindelse hermed" (81495). Det er netop denne kobling, der bliver afgørende for piskeregn-spørgsmålet nedenfor.
- **Skypumpe sidestilles.** I 102609 dækkede vilkåret "skade, der forvoldes ved storm og skypumpe".

At vindstyrken er opfyldt, er dog kun første skridt. I 102609 var det ubestridt, at stormene den 7.-8. august og 20.-21. oktober 2023 havde vindhastigheder over 20 m/s – og alligevel var sagen ikke afgjort dermed, fordi selskabet gjorde gældende, at skaderne var forudbestående.

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Tvist om dækning af stormskade på fritidshus: Forudbestående skader versus ny skade	20.08.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for revner i tilbygning - Forældelse og bevisbyrde	09.08.2023
Ankenævnet for Forsikring · LB Forsikring A/S: Afvisning af dækning for revner i tilbygning - stormskade eller byggefejl?	04.01.2017
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse vedrørende afvisning af dækning for vandskade efter skybrud	10.07.2012

§ 3 Bevisbyrden: både for at det stormede og for at stormen gjorde det

Nævnet indleder rutinemæssigt sine præmisser med den samme sætning: det påhviler efter **almindelige forsikringsretlige principper** klageren at bevise, at der foreligger en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed. Formuleringen er værd at bemærke – bevisbyrden er et *ulovbestemt* princip, ikke en lovregel. Forsikringsaftalelovens § 22, stk. 1, som selskaberne hyppigt påberåber sig, regulerer strengt taget kun sikredes pligt til at give selskabet oplysninger:

> *Den sikrede skal, hvis han rejser krav mod selskabet, give dette alle ham tilgængelige oplysninger om forhold, som kan være af betydning for bedømmelsen af forsikringsbegivenheden…*

Bevisbyrden falder i to led, og begge skal løftes.

Første led – var der storm? I 99545 anmeldte klageren revner i en tilbygning og henviste til "de kraftige storme i vinteren 2022/23" samt til, at ejendommen lå højt og udsat. Det rakte ikke:

> *Klageren har bevisbyrden for, at der har været en konkret storm, og at denne storm har forårsaget de anmeldte skader. Klageren har ikke fremlagt sagkyndigerklæring eller lignende til støtte for sin påstand om en stormskade.*

En generel henvisning til en stormfuld årstid er altså ikke dokumentation for en *konkret* hændelse. Samme mønster ses i 94138, hvor en stormskade på en husstandsvindmølle blev afvist netop på grund af manglende dokumentation for stormvejr.

Andet led – forårsagede stormen skaden? Dette led er langt oftere det afgørende. 95366 er den principielt klareste illustration. Der *var* ubestridt storm den 16. februar 2020, og der trængte ubestridt vand ind gennem gavlen. Alligevel blev dækning afvist, fordi selskabets tekniske redegørelse – udarbejdet af en uddannet murer og bygningskonstruktør – påviste, at gavlen var omfuget mangelfuldt i 2012:

> *fugningen af facaden ikke har været udført korrekt, udkradseren... har ikke været lang nok, og har aldrig fået kredset de gamle revne fuger ud.*

Nævnets konklusion sætter reglen på spidsen: da vandindtrængningen var en følge af præeksisterende mangler, forelå der ikke en dækningsberettiget stormskade – **uanset at det faktuelt stormede på skadedagen**.

Omvendt kan bevisbyrden løftes. I 88913 fandt nævnet, at klageren havde godtgjort, at revner i en tilbygnings facader var opstået ved vind af stormstyrke:

> *Nævnet finder, at klageren har godtgjort, at revnerne er opstået ved vind af stormstyrke. Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at fotos viser markante revner, og at den bygningssagkyndige og ingeniørfirmaet udtaler, at revnerne er forårsaget af storm.*

Afgørende var, at *to indbyrdes uafhængige* sagkyndige – klagerens egen bygningsrådgiver og et ingeniørfirma indhentet af ejerskifteforsikringen – nåede samme konklusion. Kendelsen viser samtidig **bevisbyrdens vending**: når sikrede først har godtgjort stormskaden, er det selskabet, der må bevise, at undtagelsen for byggefejl finder anvendelse – og det lykkedes ikke.

Endelig viser 101227, hvor meget selve anmeldelsen betyder. Klageren anmeldte den 8. januar 2024 vandindtrængen i et soveværelsesloft og angav først *senere* telefonisk, at skaden skete under stormen Pia den 21.-22. december 2023. Nævnet lagde udtrykkeligt vægt på, at klageren "i sin anmeldelse ikke angav storm som årsag, og at der ikke er konstateret synlige stormskader på bygningen". Skadeservicerapporten pegede i stedet på indtrængning omkring skruehullerne ved et gelænderbeslag.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 22, stk. 1	
PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Sag om afvist dækning for stormskade og vandindtrængen på tagterrasse	26.06.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for revner i tilbygning - Forældelse og bevisbyrde	09.08.2023
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for vandindtrængen under storm grundet mangelfulde murfuger	16.12.2020
	Ankenævnet for Forsikring · Stormskade på husstandsvindmølle afvist på grund af manglende dokumentation for stormvejr	19.02.2020
	Ankenævnet for Forsikring · LB Forsikring A/S: Afvisning af dækning for revner i tilbygning - stormskade eller byggefejl?	04.01.2017

§ 4 Skybrud: kravet om oversvømmelse, hvor vandet ikke kan få normalt afløb

Hvor stormdækningen hviler på en måleteknisk tærskel (17,2 m/s), hviler skybrudsdækningen på en **funktionel** definition. Standardvilkåret, som gengivet i 81495, lyder:

> *Oversvømmelse som følge af voldsomt sky- og tøbrud, når vandet ikke kan få normalt afløb.*

Der stilles altså ikke krav om en bestemt nedbørsmængde i millimeter, men om to kumulative elementer: at nedbøren er *voldsom*, og at der opstår en *oversvømmelse*, fordi vandet ikke kan komme væk ad normal vej. Det er denne konstruktion, der gør, at kraftig regn i sig selv aldrig er nok.

Den samme funktion har skybruddet i en anden – og praktisk meget vigtig – sammenhæng: som **betingelse for at opstigende vand overhovedet dækkes**. I 93990 var vilkårene formuleret parallelt i både hus- og

indboforsikringen: skade efter dryp og udsivning samt opstigning af grund- eller kloakvand er undtaget, **medmindre det skyldes voldsomt sky- eller tøbrud**. Skybruddet fungerer altså som den nøgle, der låser en ellers undtaget skadetype op.

Nævnet præciserede rækkevidden i 100840, hvor klageren argumenterede for, at der var tale om "klart vand" og ikke kloakvand:

- **Skybrudskravet er ufravigeligt:** dækning for opstigende grund- eller kloakvand forudsætter voldsomt skybrud eller tøbrud, og vejrrapporterne dokumenterede, at det ikke var tilfældet.
- **Vandets karakter er uden betydning:** det er juridisk irrelevant, om vandet er "klart" eller ej, så længe der er tale om vand, der stiger op gennem afløb eller grund som følge af manglende afledning.

Bevisbyrden for selve skybruddet ligger – som ved storm – hos sikrede. I 98921 blev erstatning for vandskade i en kælder afvist, netop fordi der ikke var ført bevis for skybrud og ekstremregn. Samme udfald i 95149, hvor dækning for vandskade efter et påberåbt skybrud blev afvist.

Dokumentationskravet forklarer, hvorfor DMI's data er den centrale bevisgenstand i denne sagstype. Miljøministeriets spildevandsvejledning beskriver koblingen mellem meteorologi og skadesøkonomi direkte:

> *På baggrund af DMI's forventninger om fremtidige ændringer i nedbørsforholdene og bl.a. forsikringsbranchens opgørelser over skadesomkostninger, som kraftigere regnskyl har haft, er der behov for på forskellig vis at tilpasse sig det ændrede klima.*

Vejledningen bemærker videre, at Danmark får "ændrede nedbørsmønstre med somre præget af længere tørre perioder og kraftige skybrud" – en udvikling, der gør både skybrudsdokumentationen og afgrænsningen mod kloakkapacitet stadigt mere praktisk relevant.

PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Afslag på dækning for vandskade i kælder som følge af strømsvigt under stormflod	01.05.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af erstatning for vandskade i kælder grundet manglende bevis for skybrud	27.09.2023
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for vandskade efter skybrud - Købstædernes Forsikring	04.11.2020
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for vandskade i kælder – PenSam Forsikring A/S	21.10.2020
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse vedrørende afvisning af dækning for vandskade efter skybrud	10.07.2012

§ 5 Piskeregn: undtagelsen for nedbør gennem utætheder og dens indskrænkende fortolkning

"Piskeregn" er et branchebegreb, ikke et dækningsbegreb. I de betingelser, praksis viser, findes ingen selvstændig piskeregn-klausul. Fænomenet – vindpresset regn, der drives ind gennem åbninger, som ellers ville være tætte nok i vindstille vejr – håndteres i stedet i **spændet mellem to vilkår**:

1. Stormdækningen, der kun omfatter "umiddelbar efterfølgende nedbørsskade", og
2. Undtagelsen, som gengivet i 81495:

> *Skade, som følge af nedbør, der trænger igennem utætheder og åbninger, der ikke er en umiddelbar følge af en stormskade.*

Logikken er stram: er utætheden **selv** en stormskade (en afblæst tagsten, en løsrevet inddækning), dækkes den efterfølgende nedbørsskade. Var utætheden der **i forvejen**, dækkes den ikke – uanset at det var stormen, der pressede regnen igennem.

Det er præcis denne skelnen, der afgjorde 95366: selskabet gjorde med held gældende, at "vandindtrængen skyldtes, at vinden pressede regn ind mod et i forvejen utæt murværk". Klagerens argument om, at huset var tæt før stormen, og at gavlen som enkeltstensmur svajede under vindpres, kunne ikke opveje den tekniske dokumentation for revnede skrabefuger.

Men undtagelsen har en vigtig grænse. I 81495 trængte vand ind i en opgang fra et tag fra 1923 uden undertag under skybruddet natten mellem 2. og 3. juli 2011. Selskabet afviste med to argumenter: at vand presset op under tagstenene af vindstød ikke var en "oversvømmelse", og at nedbør gennem utætheder var undtaget. Nævnet forkastede begge og formulerede en **indskrænkende fortolkningsregel**:

> *Nævnet har i en række tidligere kendelser antaget, at den ovenfor gengivne undtagelsesbestemmelse må fortolkes indskrænkende, såfremt tilsagnet om at dække skader som følge af voldsomt skybrud skal have et reelt indhold, og at undtagelsesbestemmelsen derfor ikke gælder for så vidt angår dækningstilsagnet vedrørende voldsomt skybrud, når selskabet ikke har bevist, at hovedårsagen til vandskaden er en fejl ved bygningen.*

Reglen er dermed **asymmetrisk**, og forskellen er afgørende for rådgivningen:

Scenarie	Hvem har bevisbyrden?	Typisk udfald
Storm + vindpresset regn gennem eksisterende utæthed	Sikrede skal bevise, at utætheden selv er en stormskade	Afvisning (95366)
Voldsomt skybrud + oversvømmelse fra taget	Selskabet skal bevise, at hovedårsagen er en fejl ved bygningen	Dækning (81495)

At taget i 81495 var fra 1923 og uden undertag var altså ikke i sig selv nok – selskabet havde ikke *bevist*, at dette var hovedårsagen. Kendelsen henviser til en længere række ældre nævnskendelser om samme spørgsmål (bl.a. nr. 73.990, 72.784, 63.672, 60.424, 73.022, 46.807, 54.652, 72.350 og 70.577), hvilket understreger, at fortolkningen er fast praksis og ikke et enkeltstående skøn.

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning for vandindtrængen under storm grundet mangelfulde murfuger 16.12.2020

Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse vedrørende afvisning af dækning for vandskade efter skybrud 10.07.2012

§ 6 Vedligeholdelsesundtagelsen: når stormen kun udløser en skade, der var undervejs

Den hyppigste enkeltstående afvisningsgrund i stormskadesager er hverken manglende vind eller manglende regn – det er **bygningens tilstand**. Betingelserne undtager gennemgående skade som følge af mangelfuld vedligeholdelse, slid, råd og fejlkonstruktion, og selskaberne påberåber sig samtidig ofte forsikringsaftalelovens § 51, stk. 1 om tilsidesatte sikkerhedsforskrifter – som i 102854, hvor en stormskade på en landbrugsbygning blev afvist på grund af mangelfuld vedligeholdelse og råd.

Mønsteret går igen på tværs af bygningsdele og selskaber:

- **Vinduer:** i 101467 blev en stormskade på vinduer afvist under henvisning til slid og manglende vedligeholdelse.
- **Generelt:** i 101377 afviste Betri Trygging tilsvarende dækning for stormskade grundet manglende vedligeholdelse.
- **Udhuse og sekundære bygninger:** i 100309 væltede et åbent pergola-/spahus i en januarstorm. Selskabet afviste, fordi betingelserne krævede, at bygninger var opført på muret eller støbt sokkel, og udhuse mv. tilsvarende eller med nedgravede trykimprægnerede stolper. Selskabets eksterne tømrer konkluderede, at de fire bærende stolper var støbt direkte ned i jorden, at træet hverken var styrkesorteret (ej C18/C24) eller trykimprægneret, og at konstruktionen manglede afstivning til den tunge tagkonstruktion. Kendelsen viser, at **konstruktionskrav i betingelserne fungerer som selvstændige dækningsbetingelser**, hvis opfyldelse sikrede skal kunne dokumentere.

Det betyder ikke, at selskabet altid vinder. I 95246 anerkendte nævnet en stormskade på et udestuetag **trods** selskabets påstand om nedslidning. Og i 102128 blev udfaldet delt: skaden på bjælkerne blev anerkendt, mens vandindtrængningen blev afvist under henvisning til manglende vedligeholdelse. Kendelsen illustrerer, at **én vejrhændelse kan give flere dækningsmæssige udfald** afhængigt af hvilken bygningsdel der ses på.

98225 – om stormen Malik i januar 2022 – tegner den principielle grænse for, hvad dækningen *rækker til*. Selskabet anerkendte fastgørelse af tre tagsten og løst undertag ved kvisten, men afviste vindskeder og dæklister, hvis hovedårsag var råd, og som i øvrigt var udtrykkeligt undtaget i rådskadedækningen. Klageren ønskede en samlet, fremtidssikret udbedring og tilbød selv at betale den ikke-dækningsberettigede del. Nævnet fastslog princippet:

> *Stormskadedækningen dækker "skader som følge af storm", og klageren kan ikke kræve reparationer, der må henføres til almindelig vedligeholdelse af ejendommen, dækket for at begrænse risikoen for fremtidige stormskader.*

Stormdækningen er altså **reparativ, ikke præventiv**. Den genopretter det, stormen ødelagde – den finansierer ikke en opgradering, der gør bygningen mere stormsikker fremadrettet.

LOV `Forsikringsaftaleloven § 51, stk. 1`

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af stormskade på landbrugsbygning på grund af mangelfuld vedligeholdelse og råd	28.05.2025
Ankenævnet for Forsikring · Tvist om dækning for vandskade efter storm: Anerkendelse af skade på bjælker, men afvisning af vandindtrængning grundet manglende vedligeholdelse	14.05.2025
Ankenævnet for Forsikring · Tvist om dækning af stormskade på vinduer: Afvist grundet slid og manglende vedligeholdelse	09.10.2024
Ankenævnet for Forsikring · Betri Trygging: Afvisning af dækning for stormskade grundet manglende vedligeholdelse	25.09.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for stormskade på spahus - manglende dokumentation for korrekt opførelse	29.11.2023
Ankenævnet for Forsikring · Sag om stormskade på kvist og undertag: Uenighed om dækningsomfang og nødvendige reparationer	17.08.2022
Ankenævnet for Forsikring · Anerkendelse af stormskade på udestuetag trods selskabets påstand om nedslidning	02.09.2020

§ 7 Stormflod: policens undtagelse og de indirekte følger

Stormfloden den 20.-21. oktober 2023 udløste en klynge af nævnssager, der tilsammen udgør den skarpeste illustration af grænsen mellem privat police og naturskadeordning.

100840 er den principielle. Klagerens fritidshus blev **ikke** oversvømmet af havvand. Men el-selskabets koblingsskabe på havnen blev oversvømmet og kortsluttede, strømmen var afbrudt i over 14 timer, og derfor stoppede den dykpumpe, der normalt holdt kælderen tør. Vandet steg op gennem kældergulv og afløb. Klageren gjorde gældende, at strømafbrydelsen var en udefrakommende, tilfældig hændelse – og at Naturskaderådet allerede havde afvist sagen, fordi der efter rådets vurdering var tale om opstigende kloak-/grundvand, som stormflodsordningen ikke dækker.

Klageren stod dermed i den klassiske klemme mellem de to spor. Nævnet gav selskabet medhold:

> *Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at forsikringen ikke dækker skade eller udbedring af skade, der direkte eller indirekte skyldes oversvømmelse fra hav, fjord, sø, å eller vandløb, herunder stormflod. Nævnet bemærker, at klageren har oplyst, at der skete oversvømmelse af strømskabe på havnen, som medførte strømafbrydelse.*

Det afgørende er ordet **"indirekte"**. Kausalkæden – stormflod → oversvømmede el-skabe → strømsvigt → pumpestop → vand i kælder – blev ikke brudt af de mellemliggende led. Undtagelsen rækker altså langt ud over den fysiske havvandsindtrængen.

Samme hændelse ligger bag **kendelse nr. 101308** (25. september 2024), hvor en blanding af spildevand og havvand steg op gennem kælderens afløbsinstallationer natten mellem den 20. og 21. oktober 2023, mens forsyningsselskabet bevidst havde afbrudt strømmen til de lokale kloakpumper kl. 22:45, og hvor grundvand efterfølgende trængte ind gennem kældervægge og gulv frem til den 23. oktober.

Bemærk, at 100840 samtidig viser den **subsidiære skybrudsnøgle** i funktion: klageren kunne have fået dækning for det opstigende vand, hvis der havde været voldsomt skybrud eller tøbrud – men vejrrapporterne dokumenterede, at det ikke var tilfældet. Stormflod og skybrud er meteorologisk beslægtede, men dækningsmæssigt hinandens modsætninger.

På naturskadesiden er samspillet reguleret i § 3 i bekendtgørelse om erstatning for skader forårsaget af stormflod, oversvømmelse fra vandløb og søer og tørke:

> *En skade, som er forårsaget af stormflod eller oversvømmelse fra et vandløb eller en sø i kombination med oversvømmelse fra et andet sted, dækkes ikke, hvis skaden dækkes af en forsikring.*
>
> *I tilfælde af en oversvømmelse, jf. stk. 1, anses hele skaden for at være forårsaget af oversvømmelse fra et andet sted, medmindre skaden kan opdeles i flere adskilte årsager, eller skaden ikke er dækket af en forsikring.*

Dertil kommer, at erstatning efter § 7, stk. 1 kan nedsættes eller helt bortfalde, hvis bygningen er opført i strid med byggelovgivningen, hvis forkert konstruktion, uegnede materialer, dårlig vedligeholdelse eller manglende tilsyn er medvirkende årsag, eller hvis skadelidte har forsømt rimelige afværgeforanstaltninger. Naturskadeordningen anvender altså **de samme vedligeholdelses- og konstruktionshensyn** som de private policer – hvilket betyder, at en dårligt vedligeholdt bygning kan falde mellem begge stole.

Endelig gælder for løsøre en særlig faldgrube: efter § 4, stk. 2, nr. 3 ydes der ikke erstatning for løsøre i kældre og rum under terræn, medmindre de er godkendt til og anvendes som beboelse – og erstatningen kan da maksimalt udgøre 120.000 kr. (indeksreguleret efter bekendtgørelsens § 6). Begrænsningen går tilbage til betænkning nr. 1208/1990, s. 14, hvor udvalget begrundede den med, at "man bør opbevare sit løsøre forsvarligt".

LOV Lov om visse naturskader § 4, stk. 2 · Lov om visse naturskader § 7, stk. 1

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Afgørelse om dækning af kælderskade efter opstigning af spildevand og grundvand under stormflod 25.09.2024

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning for vandskade i kælder som følge af strømsvigt under stormflod 01.05.2024

§ 8 Snestorm, fygesne og bindende dækningstilsagn

Stormbegrebet dækker også vintervejr, og 102981 er instruktiv på tre punkter.

Kausaliteten. Efter en snestorm den 3. januar 2024 trængte fygesne ind mellem tagsten og undertag; et efterfølgende tøbrud fik sneen til at smelte og gav vandindtrængning i loftsrummet. Nævnet fandt det godtgjort, at det var **stormvejret, der pressede fygesnen ned mellem tagstenene**. Kendelsen viser, at kravet om "umiddelbar efterfølgende nedbørsskade" ikke brydes af, at nedbøren mellemlagres som sne og først gør skade ved tøbruddet.

Dækningstilsagnet. Sagens forløb var:

Dato	Hændelse
02.02.2024	Tryg giver skriftligt tilsagn om dækning (med 50 % afskrivning)
13.02.2024	Ny besigtigelse ved selskabets byggerådgiver
23.02.2024	Tryg afviser dækning helt på grundlag af de nye undersøgelser

Nævnet karakteriserede taksatorens e-mail af 2. februar 2024 med ordene "Forsikringen går i dækning" som et **bindende dækningstilsagn**, der kun kunne fraviges, hvis der var fremkommet urigtige oplysninger fra klageren – hvilket ikke var tilfældet. Selskabet kunne altså ikke ombestemme sig, fordi en fornyet teknisk vurdering pegede den anden vej.

Afskrivningen. Nævnet fastslog, at der ikke kunne afskrives på de 25 år gamle træfiberplader, fordi træfiberplader ikke var nævnt i betingelsernes afskrivningstabel (der alene omfattede "plast o.l."). Afskrivningstabeller fortolkes altså **udtømmende og indskrænkende** – det, der ikke står, kan der ikke afskrives på.

LOV Forsikringsaftaleloven § 22, stk. 1

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Tvist om dækning af skadet tagundertag efter snestorm og forsikringsselskabs tilbagetrækning af dækningstilsagn 20.08.2025

§ 9 Bygning eller indbo – og hvad tilvalget "udvidet vandskade" rykker

Vejrskader rammer typisk både konstruktion og løsøre, og fordelingen mellem policer er en selvstændig tvistkilde.

Grænsen mellem indbo og bygningsdel. 79313 angik en lejer, hvis kælder blev vandskadet under kraftig regn og blæst, fordi håndværkere under en tagrenovering havde omdirigeret tagets afløb ned i kælderen. Selskabet erstattede 18.000 kr. for de skadede indbogenstande, men afviste gulv og vægge. Nævnet var enigt:

> *Efter sin gennemgang af sagen må nævnet erklære sig enigt med det indklagede selskab i, at pergogulv og gipsvægge er at anse som bygningsdele, som ikke dækkes på indboforsikringen.*

Nævnet tilføjede dog en vigtig henvisning: man havde ikke haft anledning til at vurdere, om skaden kunne være dækket af **ejendommens bygningsforsikring**, hvor lejeren i så fald kunne gøre krav efter forsikringsaftalelovens § 54. Lejere med selvbekostede bygningsdele står altså i en særlig udsat position.

Tilvalgsdækningen "udvidet vandskade". Denne dækning ændrer grundlæggende resultatet af piskeregn-analysen. 100151 er den klareste. Regnvand var over en periode løbet ind gennem en knækket tagsten og ned i hulmuren, hvor det opfugtede badeværelsesvæggen, så et møbel med tung marmorvask mistede sin ophængning og faldt ned. Selskabet afviste med præcis de argumenter, der normalt vinder: ingen "pludselig skade", da opfugtningen var sket over tid, og nedbør gennem utætheder som knækkede tagsten er ikke dækket, medmindre det følger af en dækket storm. Nævnet gav alligevel klageren medhold:

Skaden var direkte omfattet af policens punkt 11.2 om "Udvidet vandskade", der specifikt dækkede skader som følge af nedbør, der trænger ind i bygningen gennem tagfladen. Da klageren havde tilvalgt denne dækning, var det **underordnet**, at skaden hverken opfyldte kriterierne for "pludselig skade" eller for stormskade under de generelle betingelser. Kontanterstatning skulle forrentes efter forsikringsaftalelovens § 24.

Men tilvalget har en indbygget begrænsning. I 101227 anerkendte selskabet vandskaden under den udvidede vandskadedækning – men afviste at betale for udbedring af *årsagen*, fordi dækningsskemaet udtrykkeligt undtog "Udbedring af årsagen til vandskaden". Resultatet var påfaldende: klagerens tømrer vurderede udbedring af årsagen til 50.000-60.000 kr., mens selskabets anerkendte dækning (gipsplader) lå under 100 kr. – og selvrisikoen var 7.075 kr. Nævnet fandt ikke grundlag for kritik. Samme mønster i 101103, hvor årsagen (et utæt tagvindue) blev afvist trods dækning for udvidet vandskade.

Den praktiske lære: **"udvidet vandskade" dækker følgerne, ikke hullet**. Det er netop dér, stormskadedækningen ville have været bredere – hvis vindstyrken kunne dokumenteres.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 24, stk. 1 · Forsikringsaftaleloven § 54	
PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Sag om afvist dækning for stormskade og vandindtrængen på tagterrasse	26.06.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af årsag til vandskade (utæt tagvindue) trods dækning for udvidet vandskade	26.06.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Dækning af vandskade på badeværelsesmøbel som følge af knækket tagsten under udvidet vandskadeforsikring	29.05.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for vandskade på kældergulv og -vægge under indboforsikring	29.06.2011

§ 10 Når vejrhændelsen bliver et tidsstempel i ejerskiftesager

Storm og skybrud optræder også i en helt anden rolle: som **bevis for hvornår** en skade opstod. I ejerskifteforsikringssager skal køberen bevise, at forholdet forelå ved overtagelsen – og her bruger selskaberne systematisk vejrhændelsen som argument for det modsatte.

I 97512 blev vandindtrængen i en tagkonstruktion anmeldt ca. 4 år og 4 måneder efter overtagelsen. Nævnet lagde blandt andet til grund, at vandindtrængningen skete **under et voldsomt uvejr**, hvilket "indikerer, at skaden er opstået efter overtagelsen". Tilsvarende i 101339, hvor selskabet med held gjorde gældende,

at vandindtrængningen i en kælder fra 1949 blev registreret i forbindelse med **et skybrud flere år efter overtagelsesdagen**, og at vandindtrængning som følge af voldsomt vejr efter overtagelsen ikke er dækket.

Vejrhændelsen virker altså **asymmetrisk** til køberens ugunst: den kan bruges af selskabet til at datere skaden efter overtagelsen, men gør det samtidig sværere for køberen at godtgøre den nærliggende risiko, der forelå *før*. Den, der vil undersøge vandskader fra rør og utætheder nærmere, henvises til vandskade-afgrænsning, mens den almindelige bygningsdækning behandles i bygningsforsikring.

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Afgørelse om afvist dækning for vandindtrængning i kælder under ejerskifteforsikring 09.10.2024

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for vandindtrængen i tagkonstruktion under ejerskifteforsikring 29.06.2022

§ 11 Bevisførelsens grænser: uvildig sagkyndig, syn og skøn og nævnets afvisningsadgang

Vejrskadesager er teknisk tunge, og nævnet behandler dem på skriftligt grundlag uden parts- og vidneforklaringer. Det sætter en reel grænse for, hvad der kan afgøres.

102609 viser både grænsen og nævnets kreative løsning. Klageren tegnede fritidshusforsikring den 1. august 2023 og anmeldte efter stormene 7.-8. august og 20.-21. oktober 2023 skader på shingeltag og skorsten. Selskabet henviste til COWI-luftfotos fra april 2021 og april 2023, der efter selskabets opfattelse dokumenterede allerede eksisterende defekter, og tilbød 100.000 kr. mod klagerens krav på 825.789,50 kr. Klageren fremlagde modsatrettede fotos fra november 2022 og september 2023 samt vidneudsagn fra en bekendt, der overnattede i huset under oktoberstormen og oplevede, at vinden fysisk løftede pladerne.

Nævnet nåede et **todelt** resultat:

- På grundlag af vidneudsagnet om hændelsesforløbet og vejrdata fandt nævnet, at klageren havde **sandsynliggjort**, at skaderne kunne skyldes stormene.
- Men de modstridende fotografier og den manglende faglige vurdering gjorde det umuligt entydigt at fastslå skadesomfanget, adskille nye skader fra forudbestående forhold eller fastsætte udbedringsmetode og omkostninger.

Løsningen blev, at **selskabet skal betale** for, at parterne i fællesskab indhenter en uvildig sagkyndig undersøgelse af skadesårsag og -omfang, herunder i hvilket omfang skaderne kan henføres til de to storme, og i hvilket omfang der forelå skader før forsikringens ikrafttræden den 1. august 2023. Klagegebyret blev tilbagebetalt. Nævnet lagde samtidig det almindelige princip til grund, at forsikringen alene omfatter begivenheder indtruffet efter forsikringstidens start – og bemærkede, at klageren havde peget på, at betingelserne ikke indeholdt nogen udtrykkelig undtagelse for forudbestående skader.

Hvor usikkerheden er endnu større, afviser nævnet helt. Klageren i 102609 havde selv principalt påstået afvisning med henblik på isoleret bevisoptagelse efter retsplejelovens § 343. Det er den vej, der må gås, når skadeårsagen kræver syn og skøn.

Endelig sætter forældelsen en tidsgrænse. I 99545 var revner i samme tilbygning allerede anmeldt og afvist den 7. august 2019. Da klageren genanmeldte i januar 2023 med henvisning til stormene i vinteren 2022/23,

bemærkede nævnet, at kravet vedrørende de oprindeligt anmeldte revner var forældet efter den 3-årige frist i forældelseslovens § 3. Man kan altså ikke genoplive et forældet krav ved at tilskrive det en ny vejrhændelse.

LOV Forældelsesloven § 3 | Retsplejeloven § 343

PRAKSIS
Ankenævnet for Forsikring · Tvist om dækning af stormskade på fritidshus: Forudbestående skader versus ny skade 20.08.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for revner i tilbygning - Forældelse og bevisbyrde 09.08.2023

§ 12 Sammenfatning: fire spørgsmål der afgør sagen

Praksis kan koges ned til en fast rækkefølge af spørgsmål, som både selskab og sikrede med fordel kan følge.

1. Var vejrhændelsen der – og kan det dokumenteres? Storm kræver mindst 17,2 m/s, konstant eller i stød (102609, 88913). Skybrud kræver voldsom nedbør *og* oversvømmelse, hvor vandet ikke kan få normalt afløb (81495). Vejrdata fra DMI er den centrale bevisgenstand; en generel henvisning til en stormfuld vinter er ikke nok (99545, 94138, 98921).

2. Forårsagede den skaden – eller udløste den blot en skade, der ventede? Dette led afgør de fleste sager. Sikrede bør fra dag ét sikre sig fotos umiddelbart før og efter, en sagkyndig erklæring om årsagen og en anmeldelse, der **udtrykkeligt angiver storm som årsag** (101227). Uafhængige sagkyndige, der peger samme vej, er det, der løfter bevisbyrden (88913, 95246). At det stormede, er aldrig i sig selv nok (95366).

3. Slår en undtagelse til? Vedligeholdelse, slid, råd og fejlkonstruktion er den hyppigste afvisningsgrund (101467, 102854, 101377, 98225). Her er det dog **selskabet**, der bærer bevisbyrden – både for byggefejlsundtagelsen (88913) og, ved voldsomt skybrud, for at en fejl ved bygningen er hovedårsagen (81495). Piskeregn er ikke et selvstændigt begreb, men resultatet af, om utætheden selv var en stormskade.

4. Er det overhovedet den rigtige police? Storm og skybrud hører under den private forsikring. Stormflod hører under naturskadeordningen – og skader, der blot **indirekte** skyldes stormflod, er undtaget i policen (100840). Ordningen er selv subsidiær, jf. § 4, stk. 2, nr. 1-2 i lov om visse naturskader, og anvender de samme vedligeholdelseshensyn, jf. § 7, stk. 1. Den sikrede, hvis skade hverken er skybrud eller ren stormflod, risikerer derfor at falde mellem to stole – præcis som i 100840, hvor både Naturskaderådet og selskabet afviste.

Et sidste, ofte oversete forhold: har sikrede tilvalgt **udvidet vandskade**, kan hele stormanalysen vise sig overflødig, fordi nedbør gennem tagfladen dækkes uanset vindstyrke (100151) – men kun følgerne, ikke udbedringen af årsagen (101103, 101227).

LOV Lov om visse naturskader § 4, stk. 2 | Lov om visse naturskader § 7, stk. 1

PRAKSIS
Ankenævnet for Forsikring · Tvist om dækning af stormskade på fritidshus: Forudbestående skader versus ny skade 20.08.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af stormskade på landbrugsbygning på grund af mangelfuld vedligeholdelse og råd 28.05.2025
Ankenævnet for Forsikring · Tvist om dækning af stormskade på vinduer: Afvist grundet slid og manglende vedligeholdelse 09.10.2024
Ankenævnet for Forsikring · Betri Trygging: Afvisning af dækning for stormskade grundet manglende vedligeholdelse 25.09.2024
Ankenævnet for Forsikring · Sag om afvist dækning for stormskade og vandindtrængen på tagterrasse 26.06.2024

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af årsag til vandskade (utæt tagvindue) trods dækning for udvidet vandskade 26.06.2024

Ankenævnet for Forsikring · Dækning af vandskade på badeværelsesmøbel som følge af knækket tagsten under udvidet vandskadeforsikring 29.05.2024

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning for vandskade i kælder som følge af strømsvigt under stormflod 01.05.2024

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af erstatning for vandskade i kælder grundet manglende bevis for skybrud 27.09.2023

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for revner i tilbygning - Forældelse og bevisbyrde 09.08.2023

Ankenævnet for Forsikring · Sag om stormskade på kvist og undertag: Uenighed om dækningsomfang og nødvendige reparationer 17.08.2022

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for vandindtrængen under storm grundet mangelfulde murfuger 16.12.2020

Ankenævnet for Forsikring · Anerkendelse af stormskade på udestuetag trods selskabets påstand om nedslidning 02.09.2020

Ankenævnet for Forsikring · Stormskade på husstandsvindmølle afvist på grund af manglende dokumentation for stormvejr 19.02.2020

Ankenævnet for Forsikring · LB Forsikring A/S: Afvisning af dækning for revner i tilbygning - stormskade eller byggefejl? 04.01.2017

Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse vedrørende afvisning af dækning for vandskade efter skybrud 10.07.2012

REFERENCE Lovgrundlag

7 paragraffer

Forsikringsaftaleloven § 22	stk. 1	Forsikringsaftaleloven § 24	stk. 1
Forsikringsaftaleloven § 51	stk. 1	Forsikringsaftaleloven § 54	
Lov om visse naturskader § 2	stk. 1	Lov om visse naturskader § 4	stk. 2
Lov om visse naturskader § 7	stk. 1		

MATERIALE Citerede afgørelser

25 afgørelser

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS		25
20.08.2025	Tvist om dækning af stormskade på fritidshus: Forudbestående skader versus ny skade	102609
20.08.2025	Tvist om dækning af skadet tagundertag efter snestorm og forsikringsselskabs tilbagetrækning af dækningstilsagn	102981
28.05.2025	Afvisning af stormskade på landbrugsbygning på grund af mangelfuld vedligeholdelse og råd	102854
14.05.2025	Tvist om dækning for vandskade efter storm: Anerkendelse af skade på bjælker, men afvisning af vandindtrængning grundet manglende vedligeholdelse	102128
09.10.2024	Afgørelse om afvist dækning for vandindtrængning i kælder under ejerskifteforsikring	101339
09.10.2024	Tvist om dækning af stormskade på vinduer: Afvist grundet slid og manglende vedligeholdelse	101467

25.09.2024	Afgørelse om dækning af kælderskade efter opstigning af spildevand og grundvand under stormflod	101308
25.09.2024	Betri Trygging: Afvisning af dækning for stormskade grundet manglende vedligeholdelse	101377
26.06.2024	Afslag på dækning af årsag til vandskade (utæt tagvindue) trods dækning for udvidet vandskade	101103
26.06.2024	Sag om afvist dækning for stormskade og vandindtrængen på tagterrasse	101227
29.05.2024	Dækning af vandskade på badeværelsesmøbel som følge af knækket tagsten under udvidet vandskadeforsikring	100151
01.05.2024	Afslag på dækning for vandskade i kælder som følge af strømsvigt under stormflod	100840
29.11.2023	Afvisning af dækning for stormskade på spahus - manglende dokumentation for korrekt opførelse	100309
27.09.2023	Afvisning af erstatning for vandskade i kælder grundet manglende bevis for skybrud	98921
09.08.2023	Afvisning af dækning for revner i tilbygning - Forældelse og bevisbyrde	99545
17.08.2022	Sag om stormskade på kvist og undertag: Uenighed om dækningsomfang og nødvendige reparationer	98225
29.06.2022	Afvisning af dækning for vandindtrængen i tagkonstruktion under ejerskifteforsikring	97512
16.12.2020	Afvisning af dækning for vandindtrængen under storm grundet mangelfulde murfuger	95366
04.11.2020	Afvisning af dækning for vandskade efter skybrud - Købstædernes Forsikring	95149
21.10.2020	Afvisning af dækning for vandskade i kælder – PenSam Forsikring A/S	93990
02.09.2020	Anerkendelse af stormskade på udestuetag trods selskabets påstand om nedslidning	95246
19.02.2020	Stormskade på husstandsvindmølle afvist på grund af manglende dokumentation for stormvejr	94138
04.01.2017	LB Forsikring A/S: Afvisning af dækning for revner i tilbygning - stormskade eller byggefejl?	88913
10.07.2012	Afgørelse vedrørende afvisning af dækning for vandskade efter skybrud	81495
29.06.2011	Afvisning af dækning for vandskade på kældergulv og -vægge under indboforsikring	79313

FORARBEJDE Betænkninger

1 reference

Dækningsordning for skader forårsaget af stormflod

nr. 1208 · 1990 · Industriministeriet

30 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over subrogation og regres mellem forsikringsselskaber

Absortionsreglen, subrogation, dobbeltforsikring og branchevoldgift

Version 2 Opdateret 27. jun. 2026 11 afgørelser · 2013–2025 Læs online

INTRODUKTION

Dansk forsikringsret bygger på et fintmasket regelsæt om, hvornår og hvordan et forsikringsselskab kan gøre regreskrav gældende – enten mod en skadevolder, mod et andet forsikringsselskab eller mod egen forsikringstager. Reglerne hviler primært på erstatningsansvarsloven §§ 19-22 (absortionsreglen og subrogationsreglen) og forsikringsaftaleloven §§ 41-43 (dobbeltforsikring) samt § 95 (skadelidtes direkte krav). Praksis viser, at domstolene lægger afgørende vægt på sondringen mellem tingsskade og personskade, på forsæts- og culpaniveauet, og på forsikringernes indbyrdes dækningsomfang.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Ved tingsskade dækket af tingsforsikring bortfalder skadevolders erstatningsansvar (absortionsreglen i EAL § 19, stk. 1), og forsikringsselskabet kan som udgangspunkt ikke søge regres.

02 Absortionsreglen gælder ikke ved forsæt eller grov uagtsomhed (EAL § 19, stk. 2, nr. 1) eller skade forvoldt ved erhvervsmæssig virksomhed (EAL § 19, stk. 2, nr. 2).

03 Absortionsreglen gælder heller ikke for motoransvarsforsikring, luftfart og søret (EAL § 21).

04 Ved personskade har forsikringsselskabet (livs-, ulykkes- eller sygeforsikring) intet subrogationskrav mod skadevolder (EAL § 22, stk. 2).

05 Et skadesforsikringsselskab, der har betalt erstatning, indtræder i skadelidtes krav mod skadevolder (subrogation, EAL § 22, stk. 1), forudsat at absortionsreglen ikke afskærer kravet.

06 Ved dobbeltforsikring hæfter hvert selskab som eneforsikrer over for sikrede (FAL § 41), men byrden fordeles forholdsmæssigt selskaberne imellem (FAL § 42).

07 Dobbeltforsikringsforbehold i policen kan begrænse selskabets ansvar, men FAL § 43 sikrer, at sikrede altid får fuld dækning – har alle selskaber forbehold, hæfter de forholdsmæssigt.

08 Forsikringsselskabet kan gøre regres gældende mod egen forsikringstager ved urigtige risikooplysninger (FAL §§ 6-7) efter almindelige forsikringsretlige principper, også uden udtrykkelig aftale herom.

09 Regreskrav mod mindreårige skadevoldere kan lempes eller bortfalde efter EAL § 24a, navnlig når skaden er dækket af forsikring og skadevolder ingen betalingsevne har.

10 Offentlige institutioner, der i almindelighed er selvforsikrere, behandles som om forsikring var tegnet (EAL § 20), men en høj selvrisiko gør ikke en institution til selvforsikrer.

11 Skadelidte kan ved skadevolders konkurs rette sit fulde krav direkte mod ansvarsforsikringsselskabet (FAL § 95, stk. 2), men selskabet kan gøre kontraktlige indsigelser gældende, herunder fradrag for selvrisiko.

§ 1 Lovgrundlaget: Samspillet mellem erstatningsansvarsloven og forsikringsaftaleloven

Det danske regelsæt om subrogation og regres i forsikringsforhold hviler på to hovedlove, der regulerer hver sit led af regressystemet.

Erstatningsansvarsloven (EAL) §§ 19-22 regulerer forholdet mellem forsikringsselskabet og skadevolder:

- EAL § 19, stk. 1 opstiller den såkaldte **absortionsregel**: I det omfang en skade er dækket af en tingsforsikring eller driftstabsforsikring, er der ikke erstatningsansvar. Bestemmelsen indebærer, at skadevolderens erstatningspligt bortfalder, og forsikringsselskabet dermed mister sit subrogationsgrundlag.
- EAL § 19, stk. 2 opstiller undtagelser: Absortionsreglen gælder ikke, når (1) skaden er forvoldt forsætligt eller ved grov uagtsomhed, eller (2) skaden er forvoldt ved udøvelse af offentlig eller erhvervsmæssig virksomhed.
- EAL § 19, stk. 3 beskytter arbejdstagere: En arbejdstager, der forvolder en tingsforsikringsdækket skade, ifalder kun ansvar ved forsæt eller grov uagtsomhed.
- EAL § 20 sidestiller offentlige selvforsikrere med forsikrede.
- EAL § 21 undtager motoransvarsforsikring, luftfart, søret og visse andre områder fra absortionsreglen.
- EAL § 22 er selve **subrogationsbestemmelsen**: Et skadesforsikringsselskab, der har betalt erstatning, indtræder i skadelidtes ret mod skadevolder (stk. 1). Personforsikringsselskaber har derimod intet subrogationskrav (stk. 2).

Forsikringsaftaleloven (FAL) regulerer derimod det indbyrdes opgør mellem forsikringsselskaber og mellem selskab og forsikringstager:

- FAL §§ 41-43 regulerer **dobbeltforsikring** – situationen, hvor samme interesse er forsikret mod samme fare hos flere selskaber.
- FAL § 95 giver skadelidte et direkte krav mod ansvarsforsikringsselskabet, når den sikredes erstatningspligt er fastslået.

De to regelsæt samvirker: EAL § 22 bestemmer *om* forsikringsselskabet har et subrogationskrav mod skadevolder, mens FAL §§ 41-43 bestemmer *hvordan* byrden fordeles, når flere selskaber dækker samme skade.

LOV Erstatningsansvarsloven § 19, stk. 1-3 Erstatningsansvarsloven § 20 Erstatningsansvarsloven § 21 Erstatningsansvarsloven § 22, stk. 1-2 Forsikringsaftaleloven § 41 Forsikringsaftaleloven § 95, stk. 1-2

§ 2 Absortionsreglen i praksis – EAL § 19 og dens undtagelser

Absortionsreglen i EAL § 19, stk. 1 indebærer, at skadevolderens erstatningsansvar bortfalder, i det omfang skaden er dækket af skadelidtes tingsforsikring. Formålet er at undgå, at forsikringsselskabet reelt får betaling to gange – én gang via præmien og én gang via regres mod skadevolder.

Selvforsikring og høj selvrisiko (EAL § 20)

En central problemstilling er, hvornår en offentlig institution med høj selvrisiko skal anses for "selvforsikrer" efter EAL § 20. Spørgsmålet var genstand for principiel prøvelse i Østre Landsrets dom i hestepåkørselssagen BS-18900/2018-OLR, hvor DSB med en selvrisiko på 25 mio. kr. søgte erstatning hos en hesteejers ansvarsforsikringsselskaber (Concordia og Tryg). Forsikringsselskaberne påstod, at DSB reelt var selvforsikrer og derfor ikke havde et krav.

Landsretten fastslog, at DSB ikke var selvforsikrer i lovens forstand:

> *"På denne baggrund kan DSB ikke anses for at være en offentlig institution, der i almindelighed er selvforsikrer i den forstand, udtrykket anvendes i erstatningsansvarslovens § 20."*

Retten lagde vægt på, at DSB konsekvent tegnede forsikring på markedsvilkår via EU-udbud, og at den høje selvrisiko var markedsbetinget – ikke udtryk for en bevidst strategi om selvforsikring. Da skaden (817.930 kr.) lå under selvrisikoen, var den ikke "dækket" i lovens forstand, og ansvarsforsikringsselskaberne blev dømt til at betale erstatningen fuldt ud.

Undtagelse ved grov uagtsomhed – brandsager

Absortionsreglen viger ved forsæt eller grov uagtsomhed (EAL § 19, stk. 2, nr. 1). I Højesterets dom i Sag 99/2018 rejste Gjensidige Forsikring regreskrav mod en 14-årig, der ved grov uagtsomhed havde forårsaget en skolebrand til ca. 7,4 mio. kr. Højesteret bekræftede subrogationsretten efter EAL § 22, stk. 1, idet skaden var forvoldt ved grov uagtsomhed, og absortionsreglen derfor ikke afskærede regresadgangen. Regreskravet blev dog lempet til 250.000 kr. efter EAL § 24a.

Motoransvarsundtagelsen (EAL § 21)

For skader dækket af den lovpligtige motoransvarsforsikring gælder absortionsreglen slet ikke, jf. EAL § 21. Det indebærer, at motoransvarsforsikringen altid hæfter, uanset om skadelidte har tegnet egen tingsforsikring.

LOV Erstatningsansvarsloven § 19, stk. 1-2 · Erstatningsansvarsloven § 20 · Erstatningsansvarsloven § 21 · Erstatningsansvarsloven § 22, stk. 1 · Erstatningsansvarsloven § 24a

PRAKSIS
- **Højesteret** · Lempelse af erstatningsansvar for 14-årig ved brandstiftelse og spørgsmålet om passivitet som ansvarsgrundlag — 09.09.2019
- **Landsretten** · Dom i erstatningssag vedrørende hestepåkørsel — 19.03.2019

§ 3 Subrogation – forsikringsselskabets indtræden i skadelidtes ret (EAL § 22)

Efter EAL § 22, stk. 1 indtræder et skadesforsikringsselskab, der har betalt erstatning for en forsikringsdækket skade, i skadelidtes ret mod den erstatningsansvarlige. Subrogationen forudsætter:

- At der foreligger et erstatningsansvar (absortionsreglen i EAL § 19 må ikke afskære kravet).
- At selskabet faktisk har betalt erstatning.
- At der er tale om *skadesforsikring* – ikke personforsikring.

Sondringen mellem skadesforsikring og personforsikring

Efter EAL § 22, stk. 2 har selskabet ved livs-, ulykkes- eller sygeforsikring eller anden personforsikring *intet* krav mod skadevolder, uanset forsikringens karakter. Sondringen er afgørende: En kaskoforsikring (tingsskade) giver subrogationsadgang, mens en ulykkesforsikring (personskade) aldrig gør.

Praktiske konsekvenser ved forsikringsselskabets subrogation

I praksis udøves subrogationsretten typisk ved, at det forsikringsselskab, der har dækket skaden (f.eks. brandforsikringsselskabet), retter sit krav mod skadevolderens ansvarsforsikringsselskab. Som Rigsadvokatmeddelelsen om aktindsigt beskriver det:

> *"Det kan f.eks. være tilfældet, hvor forsikringsselskabet har været forpligtet til at udbetale erstatning under en ulykkes- eller tingsforsikring i forbindelse med et færdselsuheld, der er forvoldt ved grov uagtsomhed eller forsæt, f.eks. som følge af spirituskørsel. Det kan også være et brandforsikringsselskab, som har måttet betale erstatning som følge af en påsat brand."*

Subrogationen giver forsikringsselskabet nøjagtig de samme rettigheder som skadelidte selv ville have haft – hverken mere eller mindre. Selskabet kan derfor ikke kræve mere end den faktisk betalte erstatning, og skadevolder kan gøre de samme indsigelser gældende (f.eks. egen skyld, forældelse) som over for skadelidte.

LOV Erstatningsansvarsloven § 19 | Erstatningsansvarsloven § 22, stk. 1-2

PRAKSIS **Højesteret** · Lempelse af erstatningsansvar for 14-årig ved brandstiftelse og spørgsmålet om passivitet som ansvarsgrundlag 09.09.2019

§ 4 Dobbeltforsikring – regres mellem forsikringsselskaber (FAL §§ 41-43)

Når samme interesse er forsikret mod samme fare hos flere selskaber, opstår spørgsmålet om dobbeltforsikring, som reguleres af FAL §§ 41-43.

Grundprincippet

Efter FAL § 41 hæfter hvert selskab, som om det var eneforsikrer. Det beskytter sikrede: Uanset hvor mange selskaber der dækker samme risiko, kan sikrede altid kræve fuld erstatning fra ethvert af dem.

Det indbyrdes opgør mellem selskaberne reguleres af FAL § 42: Selskaberne fordeler byrden forholdsmæssigt ud fra de beløb, de hver især hæfter for.

Dobbeltforsikringsforbehold – FAL § 43

De fleste forsikringspolicer indeholder et dobbeltforsikringsforbehold, der begrænser selskabets ansvar, når samme interesse er dækket andetsteds. FAL § 43, stk. 1 sikrer imidlertid, at sikrede aldrig lades i stikken: Har *alle* selskaber taget forbehold, hæfter de alligevel forholdsmæssigt.

Den principielle landsretsdom om ejerskifteforsikring og dobbeltforsikring

I BS-24997/2020-OLR tog Østre Landsret stilling til, om en rådskade i et køkkengulv – der var dækket af både Tryg Forsikrings husforsikring og Dansk Boligforsikrings ejerskifteforsikring – udgjorde dobbeltforsikring efter FAL §§ 41-43. Dansk Boligforsikring argumenterede for, at ejerskifteforsikringer var en særlig subsidiær forsikringstype, der ikke var underlagt dobbeltforsikringsreglerne.

Landsretten afviste dette og fastslog:

> *"Da der er tale om en skadesforsikring, er en ejerskifteforsikring derfor omfattet af forsikringsaftalelovens afsnit II om skadesforsikringer, herunder reglerne i §§ 41-44 om dobbeltforsikring."*

Retten lagde vægt på, at lovgiver ved indførelsen af ejerskifteforsikringen bevidst havde valgt en skadesforsikringsmodel – og at hverken forbrugerbeskyttelsesloven eller minimumsbekendtgørelsen havde til hensigt at undtage ejerskifteforsikringer fra dobbeltforsikringsreglerne. Dansk Boligforsikring blev pålagt at betale sin forholdsmæssige andel (7.807,29 kr.) til Tryg Forsikring.

Dommen er principiel, fordi den fastslår, at *enhver* skadesforsikring – uanset sin lovmæssige oprindelse – som udgangspunkt er underlagt FAL §§ 41-43 om dobbeltforsikring.

LOV Forsikringsaftaleloven § 41 Forsikringsaftaleloven § 42 Forsikringsaftaleloven § 43, stk. 1

PRAKSIS **Landsretten** · Dobbeltforsikring: Husforsikring vs. Ejerskifteforsikring ved rådskade 17.03.2023

§ 5 Tvister mellem forsikringsselskaber om dækningsomfang – motoransvars- vs. erhvervsansvarsforsikring

En særlig form for regres opstår, når to forsikringsselskaber strides om, *hvilket* selskabs forsikring der dækker en given skade. Det handler ikke om dobbeltforsikring (samme interesse forsikret mod samme fare), men om dækningsafgrænsning.

Højesterets dom i BS-27456/2021-HJR illustrerer problemstillingen. Under en markbrand bakkede en brandtankvogn over en brandmand, der afgik ved døden. Gjensidige Forsikring (erhvervsansvarsforsikringsselskab for brandvæsenet) udbetalte forsørgertabserstatning og søgte regres mod Topdanmark Forsikring (motoransvarsforsikringsselskab for brandbilen).

Kernespørgsmålet var, om motoransvarsforsikringen dækkede skader uden for færdselslovens område, og om brandbilen på ulykkestidspunktet var i brug som "køretøj" eller som et stationært "arbejdsredskab". Topdanmark argumenterede for, at policens henvisning til færdselslovens regler begrænsede dækningen til offentlig vej.

Højesteret fastslog:

- Policen indeholdt ingen klar stedlig begrænsning – dækningen gjaldt for skader indtruffet i Danmark.
- Brandbilen var i brug som *køretøj* under bakkemanøvren, også selvom vandkanonen samtidig var i drift.

- Der forelå uagtsomhed fra førerens side, fordi han var bekendt med, at der befandt sig personer i nærheden.

Topdanmark blev dømt til at betale 1.053.472 kr. til Gjensidige. Dommen bekræfter, at motoransvarsforsikringen har et bredt dækningsomfang, og at forsikringsselskaber, der vil begrænse det, må gøre det med klar og utvetydig ordlyd i policen.

LOV Erstatningsansvarsloven § 21 Færdselsloven § 108, stk. 1

PRAKSIS **Højesteret** · Højesterets dom om motorkøretøjsforsikringens dækning uden for færdselslovens område ved dødsulykke under brandslukning 08.06.2023

§ 6 Forsikringsselskabets regres mod egen forsikringstager (FAL §§ 6-7)

Forsikringsselskaber kan i visse tilfælde rette regreskrav mod deres *egne* forsikringstagere – typisk når forsikringstageren har givet urigtige risikooplysninger ved aftalens indgåelse.

Højesterets dom i BS-34778/2023-HJR afgjorde en principiel sag om denne form for regres. A havde tegnet ansvar- og kaskoforsikring hos Alm. Brand, men undladt at oplyse, at hans datter var fast bruger af bilen. Ved to uheld, hvor datteren kørte, udbetalte selskabet erstatning og søgte derefter regres.

Højesteret fastslog:

- A's undladelse var groft uagtsom efter FAL § 7, og han skulle derfor anses, som om han havde givet urigtig oplysning efter FAL § 6.
- Selskabet kunne opgøre erstatningen pro rata – dvs. i det omfang, det mod den betalte præmie ville have forpligtet sig.
- Det følger af *almindelige forsikringsretlige principper*, at selskabet kan gøre regres og kræve tilbagebetaling hos forsikringstageren. Det var uden betydning, at forsikringsbetingelsernes pkt. 1.7 ikke specifikt nævnte denne type regres.

Højesteret tilføjede, at færdselslovens § 108, stk. 2 – der begrænser regresaftaler til tilfælde af grov hensynsløshed – kun regulerer regres begrundet i *fremkaldelse af forsikringsbegivenheden*, ikke regres begrundet i urigtige risikooplysninger.

Ankenævnet for Forsikring har tilsvarende i en række sager bekræftet pro rata-princippet, herunder i 100563 (2025), hvor en forsikringstager havde omregistreret en bil for at opnå lavere præmie.

LOV Forsikringsaftaleloven § 6, stk. 1-2 Forsikringsaftaleloven § 7 Færdselsloven § 108, stk. 2

PRAKSIS **Højesteret** · Forsikringsselskabs adgang til regres og tilbagebetaling ved urigtige risikooplysninger om bilens faste bruger 19.02.2024

Ankenævnet for Forsikring · Pro rata-erstatning ved urigtige oplysninger om ejer-/brugerforhold på bilforsikring 05.02.2025

§ 7 Skadelidtes direkte krav mod ansvarsforsikringsselskabet (FAL § 95)

Ved ansvarsforsikring kan skadelidte under visse betingelser rette sit erstatningskrav direkte mod skadevolderens forsikringsselskab, jf. FAL § 95.

FAL § 95, stk. 1 bestemmer, at skadelidte indtræder i den sikredes ret mod selskabet, når den sikredes erstatningspligt er fastslået. FAL § 95, stk. 2 udvider dette til situationer, hvor skadevolder er gået konkurs, under tvangsakkord eller gældssanering – her kan skadelidte rette det "fulde krav" mod selskabet.

Fortolkningen af "det fulde krav" var genstand for principiel prøvelse i Højesterets dom i Sag 282/2011. Aarhus Kommune havde gjort et regreskrav for sygedagpenge gældende direkte mod Tryg Forsikring efter skadevolders konkurs. Kommunen argumenterede for, at ordlyden "det fulde krav" afskærede fradrag for selvrisiko.

Højesteret afviste dette:

> *"Udtrykket indebærer imidlertid ikke, at forsikringsselskabet i tilfælde af skadevolderens konkurs, tvangsakkord eller gældssanering er afskåret fra at gøre de samme indsigelser gældende over for skadelidte som over for skadevolderen, herunder at kravet skal nedsættes som følge af, at skadevolderen har påtaget sig en selvrisiko."*

Bestemmelsens formål er alene at sikre, at skadelidte ikke begrænses til en konkursdividende – ikke at udvide forsikringsdækningen ud over det aftalte. Dommen bekræftede praksis fra **UfR 2001.1285** og **UfR 2001.1303**.

LOV `Forsikringsaftaleloven § 95, stk. 1-2`

PRAKSIS **Højesteret** · Højesterets afklaring af arbejdsgiverbegrebet i sygedagpengeloven og fortolkning af 'det fulde krav' i forsikringsaftaleloven 28.06.2013

§ 8 Lempelse af regreskrav – EAL §§ 24 og 24a

Selv når et forsikringsselskab har en subrogationsbaseret regresret, kan regreskravet lempes eller helt bortfalde efter erstatningsansvarslovens lempelsesregler.

Lempelse for børn (EAL § 24a)

Efter EAL § 24a kan erstatningsansvaret for børn under 15 år nedsættes eller bortfalde, når det "findes billigt" under hensyn til bl.a. barnets udvikling, handlingens beskaffenhed og udsigten til, at skaden kan fås godtgjort hos andre.

Højesterets dom i skolebrandsagen Sag 99/2018 illustrerer vurderingen. Gjensidige Forsikring søgte regres for 7,4 mio. kr. mod den 14-årige A, der groft uagtsomt havde forårsaget branden. Højesteret lempede kravet drastisk – til 250.000 kr. – med den begrundelse, at skaden var forvoldt ved grov uagtsomhed (ikke forsæt), at den var dækket af forsikring, og at en større gæld ikke realistisk kunne afvikles inden for overskuelig tid.

I BS-1971/2023-HJR gik Højesteret endnu videre og lod et regreskrav på 92.813 kr. mod en nu 21-årig (der som 12-årig havde overfaldet en lærer) *bortfalde* helt, idet:

> *"A er i dag 21 år, og efter de foreliggende oplysninger om ham kan han ikke anses for at have realistisk mulighed for at afvikle gælden (regreskravet) inden for en overskuelig fremtid. C har fået godtgørelse og erstatning gennem offererstatningsordningen."*

Disse domme viser, at domstolene anvender lempelsesreglen som en social sikkerhedsventil, der særligt slår igennem, når skadelidte er dækket af forsikring, og skadevolder ingen betalingsevne har.

Generel lempelse (EAL § 24)

EAL § 24 gælder for alle skadevoldere – ikke kun børn – og kan ligeledes danne grundlag for lempelse af regreskrav. Ved vurderingen indgår bl.a. skadens størrelse, ansvarets beskaffenhed, skadevolders forhold, skadelidtes interesse og foreliggende forsikringer.

LOV Erstatningsansvarsloven § 24 Erstatningsansvarsloven § 24a

PRAKSIS **Højesteret** · Statens regreskrav mod 12-årig efter vold mod lærer bortfaldt på grund af skadevolderens forhold og manglende betalingsevne 02.11.2023

Højesteret · Lempelse af erstatningsansvar for 14-årig ved brandstiftelse og spørgsmålet om passivitet som ansvarsgrundlag 09.09.2019

§ 9 Regreskrav ved stilstandsforsikring og motoransvar i Ankenævnet for Forsikring

Ankenævnet for Forsikring behandler regelmæssigt regres-tvister mellem forsikringsselskaber og forsikringstagere, navnlig i motoransvarssager.

I sag 100328 (2024) havde Topdanmark Forsikring udbetalt erstatning til en skadet motorcyklist efter et færdselsuheld, hvor den forsikrede bil var dækket af en stilstandsforsikring. Da bilen var i brug – i strid med forsikringens vilkår – rejste Topdanmark regreskrav mod forsikringstageren for det fulde erstatningsbeløb på 1.464.439 kr.

Nævnet bekræftede, at forsikringsselskabet ved stilstandsforsikring hæfter direkte over for skadelidte tredjemand (den lovpligtige ansvarsforsikringsdækning kan ikke betinges af, at bilen ikke er i brug), men at selskabet herefter har et regreskrav mod den forsikrede, når bilen er anvendt i strid med policens grundlæggende forudsætning.

Sagen illustrerer det generelle princip: Ansvarsforsikringsselskabet *skal* dække over for skadelidte tredjemand, men kan søge det udbetalte beløb retur hos forsikringstageren, når forsikringsbetingelserne er overtrådt.

LOV Erstatningsansvarsloven § 22, stk. 1

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Topdanmark Forsikring A/S mod [Klageren]: Regreskrav efter færdselsuheld med stilstandsforsikret bil 20.03.2024

§ 10 International subrogation – grønkortordningen og regres over landegrænser

Subrogationsprincippet finder også anvendelse i internationale forsikringsforhold, navnlig under grønkortordningen. Her fungerer det nationale grønkortbureau (i Danmark: DFIM) som mellemmand, der dækker skadelidte og derefter søger regres.

I de sammenlagte sager BS-21201/2022-HJR og BS-21188/2022-HJR (Højesteret, 2025) havde to færdselsuheld i henholdsvis Tyskland og Spanien involveret danskregistrerede trailere ejet af Krone Fleet Danmark A/S. De lokale grønkortbureauer erstattede skadelidte og krævede refusion hos DFIM, som derefter søgte regres mod Krone.

Kernespørgsmålet var lovvalg. Højesteret fastslog, at lex loci delicti (skadestedets lov) fandt anvendelse, og at trailerne efter tysk og spansk ret var "uforsikrede", fordi begge lande kræver selvstændig ansvarsforsikring for trailere – dansk medforsikring på trækkerens police er ikke tilstrækkelig.

Da grønkortbureauet efter lokal ret subrogerer i skadelidtes rettigheder, havde DFIM regresadgang mod Krone som ejer af de uforsikrede køretøjer. Krone blev dømt til at betale i alt 133.713 kr. i erstatning samt 330.387 kr. i sagsomkostninger.

PRAKSIS **Højesteret** · Højesterets dom om regreskrav mod dansk trailerudlejer efter færdselsuheld i Tyskland og Spanien under grøntkortordningen 09.09.2025

Højesteret · Regreskrav mod ejer af trailere efter færdselsuheld i Tyskland og Spanien 09.09.2025

§ 11 Brancheaftaler og voldgift mellem forsikringsselskaber

Forsikringsbranchen har historisk anvendt interne aftaler og voldgiftsordninger til at håndtere regresopgør mellem selskaber. Den mest kendte var **Dobbeltforsikringsaftalen** (senest revideret i 2011 og ophørt i 2018), som regulerede fordelingen af skader dækket af flere selskaber – herunder netop forholdet mellem husforsikring og ejerskifteforsikring.

Som Østre Landsret konstaterede i dobbeltforsikringssagen BS-24997/2020-OLR, var dobbeltforsikringsaftalen ophørt, og tvisten skulle afgøres efter FAL §§ 41-44 direkte. Tryg Forsikring støttede sig på en udtalelse fra **Forsikring & Pensions Responsumudvalg**, der bekræftede, at udgifter efter aftalens ophør fordeles efter lovens regler.

Ud over Dobbeltforsikringsaftalen eksisterer der i branchen et system af **internt regresopgør**, typisk gennem Forsikring & Pensions voldgiftsordning, hvor uenigheder mellem selskaber om ansvar og fordeling kan afgøres hurtigt og billigt uden domstolsinddragelse. Disse voldgiftskendelser er ikke offentligt tilgængelige, men danner en intern praksis, der i vid udstrækning styrer selskabernes adfærd.

Når selskaberne ikke er enige om at bruge voldgiftsordningen – typisk fordi en grundlæggende dækningssondring er omtvistet – ender sagerne ved de almindelige domstole, som det ses i dommene om motoransvars- vs. erhvervsansvarsforsikring og om ejerskifteforsikringens status.

LOV Forsikringsaftaleloven § 42 Forsikringsaftaleloven § 43, stk. 1

PRAKSIS **Højesteret** · Højesterets dom om motorkøretøjsforsikringens dækning uden for færdselslovens område ved dødsulykke under brandslukning 08.06.2023

Landsretten · Dobbeltforsikring: Husforsikring vs. Ejerskifteforsikring ved rådskade 17.03.2023

§ 12 Sammenfatning af de centrale praksismønstre

Den fundne praksis tegner følgende hovedlinjer for subrogation og regres i dansk forsikringsret:

- **Absortionsreglen (EAL § 19)** er udgangspunktet ved tingsskade: Skadevolderens ansvar bortfalder, og forsikringsselskabet kan ikke søge regres. Reglen er et bevidst lovgivningsmæssigt valg, der flytter den endelige økonomiske byrde fra skadevolder til forsikringskollektivet.
- **Undtagelserne er reelle**: Ved forsæt, grov uagtsomhed og erhvervsmæssig virksomhed genopstår skadevolderens ansvar og dermed forsikringsselskabets subrogationsret. Motoransvar, luftfart og søret er generelt undtaget fra absortionsreglen.
- **Dobbeltforsikring** mellem selskaber afgøres efter FAL §§ 41-43, der sikrer fuld dækning for sikrede og forholdsmæssig fordeling mellem selskaberne – uanset om policerne indeholder subsidiærklausuler.
- **Dækningstvister** mellem selskaber (motoransvar vs. erhvervsansvar, husforsikring vs. ejerskifteforsikring) afgøres i sidste instans af domstolene efter en ordlydsfortolkning af forsikringsbetingelserne, hvor uklarhed fortolkes til skade for det selskab, der vil begrænse dækningen.
- **Regres mod forsikringstageren** ved urigtige risikooplysninger anerkendes som et almindeligt forsikringsretligt princip, der ikke kræver udtrykkelig aftale.
- **Lempelsesreglerne** (EAL §§ 24-24a) kan reducere eller eliminere regreskrav, navnlig når skadevolder er mindreårig, socialt udsat eller uden betalingsevne, og skaden allerede er dækket af forsikring.
- **Branchevoldgift** løser størstedelen af tvister mellem selskaber uden for domstolene, men principielle dækningsspørgsmål prøves stadig ved de almindelige retter.

LOV Erstatningsansvarsloven § 19, stk. 1-2 · Erstatningsansvarsloven § 22, stk. 1-2 · Erstatningsansvarsloven § 24a · Forsikringsaftaleloven § 41 · Forsikringsaftaleloven § 43, stk. 1

PRAKSIS

Højesteret · Forsikringsselskabs adgang til regres og tilbagebetaling ved urigtige risikooplysninger om bilens faste bruger	19.02.2024
Højesteret · Statens regreskrav mod 12-årig efter vold mod lærer bortfaldt på grund af skadevolderens forhold og manglende betalingsevne	02.11.2023
Højesteret · Højesterets dom om motorkøretøjsforsikringens dækning uden for færdselslovens område ved dødsulykke under brandslukning	08.06.2023
Højesteret · Lempelse af erstatningsansvar for 14-årig ved brandstiftelse og spørgsmålet om passivitet som ansvarsgrundlag	09.09.2019
Højesteret · Højesterets afklaring af arbejdsgiverbegrebet i sygedagpengeloven og fortolkning af 'det fulde krav' i forsikringsaftaleloven	28.06.2013
Landsretten · Dobbeltforsikring: Husforsikring vs. Ejerskifteforsikring ved rådskade	17.03.2023
Landsretten · Dom i erstatningssag vedrørende hestepåkørsel	19.03.2019

REFERENCE Lovgrundlag

8 paragraffer

Erstatningsansvarsloven § 19	stk. 1-3	Erstatningsansvarsloven § 20	
Erstatningsansvarsloven § 21		Erstatningsansvarsloven § 22	stk. 1-2
Forsikringsaftaleloven § 41		Forsikringsaftaleloven § 42	
Forsikringsaftaleloven § 43	stk. 1	Forsikringsaftaleloven § 95	stk. 1-2

MATERIALE

Citerede afgørelser

11 afgørelser

HØJESTERET · ØVERSTE INSTANS		7
09.09.2025	Højesterets dom om regreskrav mod dansk trailerudlejer efter færdselsuheld i Tyskland og Spanien under grøntkortordningen	10466-12328
09.09.2025	Regreskrav mod ejer af trailere efter færdselsuheld i Tyskland og Spanien	21188-2022-&-21201-2022
19.02.2024	Forsikringsselskabs adgang til regres og tilbagebetaling ved urigtige risikooplysninger om bilens faste bruger	bs-34778-2023-hjr
02.11.2023	Statens regreskrav mod 12-årig efter vold mod lærer bortfaldt på grund af skadevolderens forhold og manglende betalingsevne	bs-1971-2023-hjr
08.06.2023	Højesterets dom om motorkøretøjsforsikringens dækning uden for færdselslovens område ved dødsulykke under brandslukning	bs-27456-2021-hjr
09.09.2019	Lempelse af erstatningsansvar for 14-årig ved brandstiftelse og spørgsmålet om passivitet som ansvarsgrundlag	99-2018--og-160-2018
28.06.2013	Højesterets afklaring af arbejdsgiverbegrebet i sygedagpengeloven og fortolkning af 'det fulde krav' i forsikringsaftaleloven	282-2011

LANDSRETTEN · ANKEINSTANS		2
17.03.2023	Dobbeltforsikring: Husforsikring vs. Ejerskifteforsikring ved rådskade	2931-3474
19.03.2019	Dom i erstatningssag vedrørende hestepåkørsel	58-63

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS		2
05.02.2025	Pro rata-erstatning ved urigtige oplysninger om ejer-/brugerforhold på bilforsikring	100563
20.03.2024	Topdanmark Forsikring A/S mod [Klageren]: Regreskrav efter færdselsuheld med stilstandsforsikret bil	100328

31 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over tand- og privat sundhedsforsikring

Dækningsundtagelser, forudbestående behandlingsbehov, nødvendighedsvurdering og fortolkning af forsikringsbetingelser

Version 2 Opdateret 24. jun. 2026 26 afgørelser · 2013–2026 Læs online

INTRODUKTION

Privat tand- og sundhedsforsikring tegnes typisk som tillæg til den offentlige sygesikring og dækker udgifter til tandbehandling, operation på privathospital og lignende ydelser. Forsikringerne er reguleret af forsikringsaftaleloven og forsikringsselskabernes konkrete forsikringsbetingelser, hvor de hyppigste tvistpunkter er afvisning af dækning for forudbestående behandlingsbehov, karensperioder, krav om forhåndsgodkendelse af behandlingssted, afgrænsningen mellem kurativ behandling og kosmetisk/forebyggende indgreb samt kroniske lidelsers tidsmæssige dækningsbegrænsning. Praksis fra Ankenævnet for Forsikring viser et klart mønster, hvor bevisbyrden for dækningsberettigelse ligger hos forsikringstageren, og hvor tandlægejournaler og lægejournaler spiller en afgørende rolle i nævnets vurdering.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Forsikringstageren bærer bevisbyrden for, at en skade eller et behandlingsbehov er dækket af forsikringen – dette gælder både ved tandforsikring og sundhedsforsikring.

02 Tandlægens journalnotater er afgørende: en anbefaling om protetisk behandling (krone, implantat, bro) noteret før forsikringens ikrafttræden medfører som hovedregel, at senere protetik på samme tand er undtaget fra dækning.

03 Forsikringsbetingelsernes undtagelse for forudbestående behandlingsbehov gælder objektivt – forsikringstagerens manglende kendskab til en registreret anbefaling i tandlægejournalen ændrer ikke afgørelsen.

04 En tandforsikring dækker kun behandlingsbehov, der er opstået efter forsikringens ikrafttræden, og karensperioden (typisk 2-6 måneder) skal være udløbet, før behandling kan dækkes.

05 Ved tyggeskader under ulykkesforsikring kan erstatningen nedsættes eller bortfalde, hvis tændernes tilstand inden ulykken var væsentligt forringet af caries, parodontose, fæstetab eller lignende.

06 Sundhedsforsikringsselskaber kan kræve forhåndsgodkendelse af behandling og behandlingssted – behandling påbegyndt uden forhåndsgodkendelse kan afvises, selv når behandlingsbehovet er akut.

07 Kroniske lidelser dækkes typisk kun i en begrænset periode (fx 6 måneder) fra diagnosetidspunktet – denne tidsfrist er objektiv og gælder uanset, om lidelsen var behandlingskrævende ved diagnosen.

08 En hofteoperation med totalprotese er ikke blot 'midlertidig symptombehandling' af artrose – et afslag med denne begrundelse er åbenbart urigtigt og kan udløse erstatningsansvar for forsikringsselskabet.

09 5-års-reglen for omlavning af protetisk tandarbejde gælder uafhængigt af årsagen til det nye behandlingsbehov – også ny sygdom inden for perioden udløser reglen.

10 Oplysninger på forsikringsselskabets digitale kundeportal kan skabe en berettiget forventning om dækning, hvis de fremstår som en endelig opgørelse uden klare forbehold.

11 Forsikringsbetingelser, der ikke med fornøden klarhed udelukker et dækningsscenario, kan fortolkes til forbrugerens fordel – men koncipistreglen er sjældent afgørende alene.

12 Ved vilkårsændringer under en igangværende skadessag gælder de vilkår, der var gældende på tidspunktet for forsikringsbegivenhedens indtræden.

13 Sundhedsstyrelsens specialevejledning kan berettige et sundhedsforsikringsselskab til at afvise dækning for højt specialiserede indgreb på privathospital og i stedet anvise offentlig behandling.

14 En arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring er ikke nødvendigvis en forbrugerforsikring, og de særlige forbrugerbeskyttelsesregler i forsikringsaftalelovens § 29, stk. 6, finder da ikke anvendelse.

§ 1 Retsgrundlag: Forsikringsaftalelov, forsikringsbetingelser og god skik-regulering

Privat tand- og sundhedsforsikring er reguleret af Forsikringsaftaleloven (FAL), der fastlægger de overordnede rammer for forholdet mellem forsikringsselskab og forsikringstager. Det konkrete dækningsomfang beror dog på de individuelle forsikringsbetingelser, som – inden for lovens rammer – kan fastsætte karensperioder, undtagelser for forudbestående lidelser, krav om forhåndsgodkendelse og tidsmæssige begrænsninger for kroniske sygdomme.

Efter FAL § 3 gælder lovens bestemmelser kun, hvor andet ikke er aftalt. Forsikringsbetingelserne har dermed vid autonomi til at definere dækningens grænser, herunder undtagelser for kosmetiske indgreb, forebyggende behandling og allerede diagnosticerede lidelser.

FAL § 6 regulerer konsekvenserne af urigtige helbredsoplysninger ved tegning. Ved personforsikring – herunder sundhedsforsikring – kan det efter stk. 3 bestemmes, at selskabet hæfter helt eller delvis, selv om urigtige oplysninger er givet, hvis særlige omstændigheder taler herfor.

FAL § 24 regulerer forsikringsydelsens betalingstidspunkt og forrentning. Bestemmelsen påberåbes rutinemæssigt i forsikringsnævnets afgørelser, hvor selskabet pålægges forrentning af erstatningsbeløb.

Hertil kommer Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører, der i § 20 pålægger forsikringsdistributøren at fastlægge kundens krav og behov inden aftalens indgåelse. Ankenævnet har dog i flere sager fastslået, at denne bestemmelse **ikke** indebærer en pligt til særskilt at oplyse om sædvanlige dækningsundtagelser såsom forringede tænder – denne forpligtelse påhviler forsikringstageren selv ved gennemlæsning af betingelserne.

Endelig spiller Aftaleloven § 38 b (koncipistreglen) en rolle i fortolkningstvister: tvivl om en forbrugerkontrakts indhold fortolkes til fordel for forbrugeren. I praksis har Ankenævnet dog kun sjældent tillagt reglen selvstændig betydning.

LOV `Aftaleloven § 38b` `Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 20` `Forsikringsaftaleloven § 3` `Forsikringsaftaleloven § 6, stk. 3` `Forsikringsaftaleloven § 24, stk. 1-2`

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Sag om afvist dækning for tandskade under ulykkesforsikring 13.11.2024

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af tandskade grundet eksisterende paradentose; manglende oplysning om forsikringsbetingelser 28.08.2024

§ 2 Forudbestående tandlidelser som afvisningsgrund ved tandforsikring

Den hyppigste tvistårsag ved tandforsikring er selskabets afvisning med henvisning til, at behandlingsbehovet var til stede før forsikringens ikrafttræden. Tandforsikringens betingelser indeholder typisk en bestemmelse (ofte kaldet punkt 6.2 hos Dansk Tandforsikring), der undtager "allerede igangværende, planlagte eller anbefalede protetiske behandlinger". Praksis viser, at denne undtagelse håndhæves strengt.

I sag 100269 havde tandlægen den 20. februar 2018 noteret en anbefaling om krone på tand +6. Forsikringen trådte i kraft i 2020, og implantatet blev først nødvendigt i 2023. Nævnet afviste dækning, idet en protetisk anbefaling forelå i journalen før forsikringens start – **uanset** at klageren hævdede aldrig at være informeret om anbefalingen.

Tilsvarende i sag 94741, hvor et implantat var varslet i journalen i 2014-2015, og tandforsikringen først blev tegnet i 2017. En bro udført i 2019 blev sidestillet med det oprindeligt anbefalede implantat og afvist.

I sag 96516 viste røntgenbilleder fra 2017 betændelse ved tandroden. Selvom behandlende tandlæge ikke diagnosticerede betændelsen korrekt dengang, fandt nævnet, at det objektive behandlingsbehov eksisterede, og at klagerens manglende kendskab var uden betydning.

Også i sag 96385 og sag 101569 blev dækning afvist, fordi caries eller defekte fyldninger var journalført kort tid inden forsikringens ikrafttræden. Det afgørende er tidspunktet for konstatering i journalen – ikke om patienten havde smerter.

Mønsteret er entydigt: tandlægejournalen er den primære beviskilde, og en journalført anbefaling om protetisk arbejde før forsikringsdatoen udelukker som hovedregel dækning af den pågældende tand.

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Afgørelse om afvisning af dækning for kronebehandling på tand 1+ 21.08.2024

	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af tandimplantat grundet anbefaling om krone før forsikringens ikrafttræden	15.11.2023
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for tandbehandling pga. forudbestående behandlingsbehov	24.11.2021
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af dækning for implantat grundet eksisterende betændelse ved forsikringstegning	30.06.2021
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for brobehandling grundet tidligere anbefalet implantat	27.05.2020

§ 3 Karensperioder og afvisning for tand- og tyggeskader

Tandforsikringer opererer typisk med karensperioder (2-6 måneder) efter tegning, inden for hvilke nye behandlingsbehov ikke dækkes. Formålet er at forhindre spekulation i at tegne forsikring efter et allerede konstateret behov.

I sag 100456 handlede tvisten om, hvorvidt behandlingsbehov konstateret inden karensperiodens udløb var dækket. Klageren hævdede et mundtligt dækningstilsagn og klagede over, at selskabets telefonoptagelser var slettet. Nævnet fandt ikke grundlag for at fravige den skriftlige aftale.

Ved **ulykkesforsikringer med tandskadedækning** gælder særlige regler for tyggeskader. Forsikringsbetingelserne indeholder typisk en bestemmelse om, at erstatningen kan nedsættes eller bortfalde, hvis tændernes tilstand inden ulykken var forringet. Denne undtagelse er efter nævnets praksis "sædvanlig" og kræver ikke særskilt oplysning ved tegning.

I sag 101252 bød klageren i et rundstykke og sprængte en tand. Tandlægeundersøgelse samme dag viste akut betændelse og omfattende caries – tilstande der umuligt kunne være opstået momentant. Nævnet afviste dækning.

Tilsvarende i sag 101300, sag 101381 og sag 101960 – i alle tre sager blev dækning afvist med henvisning til forudbestående parodontose, caries eller svækkede tænder. I sag 101381 og 101960 kritiserede klagerne, at de ikke var oplyst om undtagelsen ved salget. Nævnet fastslog, at Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 20 ikke kræver særskilt oplysning om sædvanlige undtagelser.

I sag 100036 faldt en stifttand ud under brug af tandtråd. Nævnet fandt hverken et ulykkestilfælde eller en tyggeskade, og tabet skyldtes forudbestående parodontitis og rodbetændelse.

LOV	`Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 20`	
PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Tandforsikringsdækning og mundtligt tilsagn: Tvist om karensperiode og slettede telefonsamtaler	19.02.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Sag om afvist dækning for tandskade under ulykkesforsikring	13.11.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af tandskade grundet forudbestående caries og rodspidsbetændelse	11.09.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af tandskade grundet eksisterende paradentose; manglende oplysning om forsikringsbetingelser	28.08.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af kronebehandling til tand +5 grundet forudbestående behandlingsbehov	07.08.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvist dækning for tandskade efter stifttand faldt ud under brug af tandtråd	29.11.2023

§ 4 Tandforsikringens 5-års-regel og nyt behandlingsbehov på tidligere dækket tand

Tandforsikringer opererer ofte med en 5-års holdbarhedsregel for protetisk arbejde. Spørgsmålet er, om reglen også gælder, når det nye behandlingsbehov skyldes en helt ny sygdom – ikke mangelfuld holdbarhed.

I sag 104294 havde klageren fået refusion for en krone i 2023. I 2025 opstod ny tandrodsbetændelse, og kronen måtte erstattes med et implantat. Klageren argumenterede for, at reglen kun vedrørte fysisk holdbarhed, ikke ny sygdom. Nævnet afviste dette:

> *"Nævnet bemærker, at forsikringsbetingelsernes punkt 6.5 kunne være formuleret mere klart. Dette kan dog ikke føre til andet resultat."*

Klagerens påberåbelse af Aftaleloven § 38 b (koncipistreglen) førte heller ikke til et andet resultat. Reglen er dermed **objektiv** og gælder uanset den konkrete årsag til det nye behandlingsbehov.

Modsat dette strenge udgangspunkt viste sag 100156, at nævnet skelner skarpt mellem årsagen til behandlingsbehovet. Selskabet afviste plastbehandling med henvisning til slidskader diagnosticeret før tegningen. Nævnets tandlægesagkyndige vurderede dog, at behandlingen var indiceret af **parodontitis** diagnosticeret *efter* forsikringens start. Selskabet blev pålagt fuld dækning på 9.096 kr. – uanset at tandlægen havde valgt en "utraditionel" behandlingsmetode.

LOV	Aftaleloven § 38b	
PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning til implantatbehandling grundet 5-års regel om omlavning af protetisk arbejde	17.12.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Dansk Tandforsikring: Afvisning af dækning for plastbehandling - Betændelse vs. Slid	06.03.2024

§ 5 Forhåndsgodkendelse og valg af behandlingssted ved sundhedsforsikring

Ved privat sundhedsforsikring (helbredsforsikring) er **forhåndsgodkendelse** og krav om brug af selskabets **behandlingsnetværk** blandt de hyppigste afvisningsgrunde. Forsikringsbetingelserne kræver typisk, at forsikringstageren kontakter selskabet, inden behandling påbegyndes, og at behandlingsstedet er godkendt.

I sag 102267 afviste Tryg dækning af en grå stær-operation til 20.000 kr., fordi øjenlægen ikke var i selskabets netværk, og klageren ikke havde søgt forhåndsgodkendelse. Klageren kritiserede, at der ikke fandtes en tilgængelig oversigt over godkendte behandlere. Nævnet gav ikke medhold – selskabet havde tilbudt et alternativ i netværket, som klageren selv havde afvist.

I sag 95792 blev et behandlingsforløb for en 18-årig (122.600 kr.) på et privat center afvist. PFA Pension havde i en telefonsamtale advaret klagerens mor om risikoen for manglende dækning. Behandlingsstedet var ikke længere i PFA's netværk, og forløbet var påbegyndt uden godkendelse.

I sag 103615 afviste PFA dækning af en kompleks revisionsoperation i nakken (65.000 kr.) med henvisning til **Sundhedsstyrelsens specialevejledning**, der kun godkender fire offentlige universitetshospitaler til sådanne

indgreb. Nævnet anerkendte selskabets ret til at følge Sundhedsloven § 208 og anvise det korrekte behandlingssted ud fra behandlingens kompleksitet.

Praksis viser, at forhåndsgodkendelseskravet håndhæves strengt – også i akutte situationer. Forsikringstagere, der selv vælger behandler uden for netværket, bærer den fulde risiko for afvisning.

LOV Sundhedsloven § 208, stk. 1

PRAKSIS
- **Ankenævnet for Forsikring** · PFA afviser dækning af kompleks nakke-revisionsoperation – helbredssikring og Sundhedsstyrelsens specialevejledning — 04.02.2026
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning for grå stær operation grundet manglende forudgående kontakt til forsikringsselskab — 08.01.2025
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afslag på dækning af behandlingsforløb på privat center grundet manglende forhåndsgodkendelse — 05.05.2021

§ 6 Kroniske lidelser, tidsbegrænsninger og afgrænsningen behandling vs. symptomlindring

Sundhedsforsikringsbetingelser begrænser typisk dækningen af kroniske sygdomme til en periode (ofte 6 måneder) fra diagnosetidspunktet. Denne regel giver anledning til tvister om, hvornår en tilstand diagnosticeres, og om en operation er kurativ eller blot symptomlindrende.

I sag 99844 krævede klageren dækning af en hofteoperation i 2023. Let artrose var imidlertid diagnosticeret allerede i 2013. Nævnet fastslog, at 6-måneders-fristen er en **objektiv tidsmæssig afgrænsning**, der gælder uanset om lidelsen var behandlingskrævende ved diagnosen, og uanset klagerens alder.

I sag 102952 nåede nævnet derimod det modsatte resultat og gav klageren principielt medhold. PFA Pension havde afvist en hofteoperation med totalprotese som blot "midlertidig symptombehandling" af kronisk artrose. Nævnet fandt denne vurdering **åbenbart urigtig** og fastslog, at en totalprotese giver en væsentlig forbedring af førlighed i mange år, hvilket overskrider den almindelige forståelse af symptomlindring. Selskabet blev gjort erstatningsansvarligt for det fejlagtige afslag.

Sammenholdt viser de to sager, at:

- 6-måneders-fristen fra diagnosetidspunktet gælder som udgangspunkt objektivt
- Men en operation, der giver varig funktionsforbedring (fx totalprotese), kan **ikke** kvalificeres som blot midlertidig symptomlindring – et forsikringsselskab, der afviser med denne begrundelse, handler på egen risiko

Afgrænsningen mellem kurativ behandling og symptomlindring er dermed central og kan få stor økonomisk betydning for begge parter.

LOV Forsikringsaftaleloven § 24, stk. 1

PRAKSIS
- **Ankenævnet for Forsikring** · Uberettiget afslag på dækning af hofteoperation under helbredsforsikring hos PFA Pension — 10.09.2025
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afslag på dækning af kronisk slidgigt grundet 6-måneders frist fra diagnosetidspunkt — 30.08.2023

§ 7 Berettiget forventning, dækningstilsagn og uklare betingelser

I et mindretal af sager har klagere fået medhold, fordi forsikringsselskabets kommunikation eller betingelsernes formulering ikke med fornøden klarhed udelukkede dækning.

Berettiget forventning fra digital kundeportal: I sag 100176 viste Dansk Tandforsikrings kundeportal en behandlingsgodtgørelse på 18.737 kr. med specificerede beløb. Selskabet hævdede, at visningen blot var en "midlertidig registrering". Nævnet fastslog:

> *"Oplysningerne på klagerens personlige profil på selskabets hjemmeside har et udvisende, der har været egnet til at give klageren en berettiget forventning om, at selskabet ville dække klagerens udgifter."*

Selskabet blev pålagt at dække behandlingen – præsentationens definitive karakter bandt selskabet, uanset dets interne hensigt.

Uklare forsikringsbetingelser om psykiatrisk indlæggelse: I sag 84158 afviste Tryg dækning af indlæggelse for spiseforstyrrelse med henvisning til, at psykiatrisk behandling kun dækkede 12 ambulante konsultationer. Nævnet fandt, at den relevante bestemmelse *"ikke med den fornødne klarhed udelukker forsikringsdækning for en indlæggelse, hvor psykiatrisk og/eller psykologisk behandling indgår"* – selskabet blev pålagt at anerkende dækningen.

Vilkårsændring under igangværende skadessag: I sag 98312 godkendte selskabet i februar 2021 et behandlingsoverslag med 100 % dækning. Grundet COVID blev behandlingen udskudt, og selskabet indførte pr. 1. juli 2021 lavere takster. Nævnet fastslog det forsikringsretlige princip:

> *"Det følger af forsikringsretlig teori og praksis, at det er forsikringsbetingelserne, der var gældende på tidspunktet for forsikringsbegivenhedens indtræden, der skal lægges til grund."*

Disse sager viser, at forsikringsselskaber bindes af den forventning, deres kommunikation skaber – men at forsikringstageren i hovedreglen ikke kan påberåbe sig en mundtlig aftale uden dokumentation.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 24	
PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Berettiget forventning om dækning af tandbro efter visning på forsikringsselskabets hjemmeside	15.11.2023
	Ankenævnet for Forsikring · Krav på fuld dækning af tandimplantat trods varslede vilkårsændringer under coronaforsinkelse	04.01.2023
	Ankenævnet for Forsikring · Tryg Forsikring A/S: Afvisning af dækning for spiseforstyrrelsesbehandling på privathospital	23.09.2013

§ 8 Fortsættelsesforsikring, forsikringsophør og overgang fra kollektiv til individuel ordning

Mange privat sundhedsforsikringer tegnes via arbejdsgiveren som kollektive ordninger. Ved fratrædelse tilbydes ofte en fortsættelsesforsikring – men vilkårene kan afvige fra den oprindelige ordning.

I sag 95514 ønskede klageren at videreføre sin Danica-sundhedsforsikring efter arbejdsgiverens leverandørskifte. Nævnet fastslog, at fortsættelsesforsikringen oprettes efter de tarif- og forsikringsbetingelser, der gælder for individuelle forsikringer på fratrædelsestidspunktet – der er ingen ret til identiske vilkår.

I sag 98322 var en tandskade godkendt under en erhvervssundhedsforsikring med dækning frem til 4. februar 2022. Klageren fratrådte den 30. september 2021, og betingelserne fastsatte en 3-måneders efterløbsperiode. Da behandlingen først blev afsluttet i februar 2022, lå den uden for dækningen. Nævnet fandt, at forsikringen **ikke** var en forbrugerforsikring efter FAL § 2, stk. 4, og de særlige forbrugerbeskyttelsesregler i FAL § 29, stk. 6 fandt derfor ikke anvendelse.

I sag 100880 opstod tvist om ophør af en individuel tandforsikring tegnet i tilknytning til en kollektiv ordning. Da den kollektive ordning blev opsagt af virksomheden, ophørte den individuelle forsikring. Klageren, der ikke modtog direkte information om ophøret, fik ikke medhold.

Praksis viser, at forsikringstagere ved overgang fra kollektiv til individuel ordning bør sikre sig skriftlig bekræftelse af de nye vilkår – og at den korte efterløbsperiode (typisk 3 måneder) nøje bør planlægges efter.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 2, stk. 4 · Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 6	
PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Tryg Forsikring A/S: Tvist om dækning af tandlægeregninger efter ophør af kollektiv tandforsikring	17.04.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning til tandbehandling efter fratræden og udløb af dækningsfrist i erhvervssundhedsforsikring	14.12.2022
	Ankenævnet for Forsikring · Danica Pension: Uenighed om vilkår for fortsættelsessundhedsforsikring efter arbejdsgiverskifte	02.12.2020

§ 9 Sammenfatning: Hovedmønstre i nævnspraksis

Gennemgangen af praksis fra Ankenævnet for Forsikring tegner et klart billede af de retlige rammer for privat tand- og sundhedsforsikring:

- **Bevisbyrden er forsikringstagerens.** Det er gennemgående, at klageren skal bevise, at et behandlingsbehov er dækket – ikke selskabet, der skal bevise en undtagelse.
- **Journalen er afgørende.** Ved tandforsikring er tandlægejournalen det vigtigste bevis. En anbefaling om protetisk arbejde noteret blot én gang før forsikringsstart kan udelukke dækning i årevis fremover.
- **Selskabernes afvisningsgrunde er standardiserede.** Forudbestående behandlingsbehov, manglende forhåndsgodkendelse, karensperiode, kronisk-sygdoms-begrænsning og 5-års-reglen for omlavning er de fem hyppigste afvisningsgrunde. Nævnet giver som hovedregel selskaberne medhold.
- **Undtagelserne er få, men vigtige.** Selskaber bindes af deres digitale kommunikation (portalvisning), af det forsikringsretlige princip om, at vilkår på skadetidspunktet gælder, og af kravet om klarhed i betingelserne. En operation, der giver varig funktionsforbedring, kan ikke afvises som blot "symptomlindring".
- **Forbrugerens oplysningspligt.** Nævnet placerer konsekvent en forventning om, at forsikringstageren selv gennemlæser betingelserne. Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 20 skaber ikke en udvidet mundtlig oplysningspligt om sædvanlige undtagelser.

For yderligere information om præ-eksisterende lidelser som generelt undtagelsestema ved sygdomsforsikring henvises til præ-eksisterende lidelser ved sygdomsforsikring. Spørgsmål om patientskade efter behandling behandles i patientforsikring.

LOV Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 20

REFERENCE Lovgrundlag

6 paragraffer

Aftaleloven § 38b		Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 20	
Forsikringsaftaleloven § 2	stk. 4	Forsikringsaftaleloven § 6	stk. 1-3
Forsikringsaftaleloven § 24	stk. 1-2	Forsikringsaftaleloven § 29	stk. 5-6

MATERIALE Citerede afgørelser

26 afgørelser

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS		26
04.02.2026	PFA afviser dækning af kompleks nakke-revisionsoperation – helbredssikring og Sundhedsstyrelsens specialevejledning	103615
17.12.2025	Afvisning af dækning til implantatbehandling grundet 5-års regel om omlavning af protetisk arbejde	104294
10.09.2025	Uberettiget afslag på dækning af hofteoperation under helbredsforsikring hos PFA Pension	102952
19.02.2025	Tandforsikringsdækning og mundtligt tilsagn: Tvist om karensperiode og slettede telefonsamtaler	100456
08.01.2025	Afvisning af dækning for grå stær operation grundet manglende forudgående kontakt til forsikringsselskab	102267
13.11.2024	Sag om afvist dækning for tandskade under ulykkesforsikring	101960
11.09.2024	Afslag på dækning af tandskade grundet forudbestående caries og rodspidsbetændelse	101252
28.08.2024	Afslag på dækning af tandskade grundet eksisterende paradentose; manglende oplysning om forsikringsbetingelser	101381
21.08.2024	Afgørelse om afvisning af dækning for kronebehandling på tand 1+	101569
07.08.2024	Afslag på dækning af kronebehandling til tand +5 grundet forudbestående behandlingsbehov	101300
29.05.2024	Afslag på dækning af skulderskade opstået før tegning af sundhedsforsikring	100758
17.04.2024	Tryg Forsikring A/S: Tvist om dækning af tandlægeregninger efter ophør af kollektiv tandforsikring	100880

06.03.2024	Dansk Tandforsikring: Afvisning af dækning for plastbehandling - Betændelse vs. Slid	100156
29.11.2023	Afgørelse om afvist dækning for tandskade efter stifttand faldt ud under brug af tandtråd	100036
15.11.2023	Berettiget forventning om dækning af tandbro efter visning på forsikringsselskabets hjemmeside	100176
15.11.2023	Afslag på dækning af tandimplantat grundet anbefaling om krone før forsikringens ikrafttræden	100269
30.08.2023	Afslag på dækning af kronisk slidgigt grundet 6-måneders frist fra diagnosetidspunkt	99844
04.01.2023	Krav på fuld dækning af tandimplantat trods varslede vilkårsændringer under coronaforsinkelse	98312
14.12.2022	Afvisning af dækning til tandbehandling efter fratræden og udløb af dækningsfrist i erhvervssundhedsforsikring	98322
24.11.2021	Afvisning af dækning for tandbehandling pga. forudbestående behandlingsbehov	96385
30.06.2021	Afgørelse om afvisning af dækning for implantat grundet eksisterende betændelse ved forsikringstegning	96516
16.06.2021	Afvisning af dækning for tyggeskade under ulykkesforsikring	95914
05.05.2021	Afslag på dækning af behandlingsforløb på privat center grundet manglende forhåndsgodkendelse	95792
02.12.2020	Danica Pension: Uenighed om vilkår for fortsættelsessundhedsforsikring efter arbejdsgiverskifte	95514
27.05.2020	Afvisning af dækning for brobehandling grundet tidligere anbefalet implantat	94741
23.09.2013	Tryg Forsikring A/S: Afvisning af dækning for spiseforstyrrelsesbehandling på privathospital	84158

32 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over ulykkesforsikring – méngradsfastsættelse

AES-méntabellen som de facto standard, forudbestående lidelser, parrede organer og ulykkesbegrebet

Version 2 Opdateret 27. jun. 2026 19 afgørelser · 2000–2025 Læs online

INTRODUKTION

Méngradsfastsættelse i privat ulykkesforsikring afgøres efter policebetingelsernes henvisning til Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings (AES) vejledende méntabel, der fastsætter ménprocenter for varige følger af en ulykke. Méntabellen er udstedt med hjemmel i arbejdsskadesikringslovens § 18 og anvendes analogt i den private forsikringsbranche, idet standardpolicebetingelser typisk henviser direkte til tabellen. Praksis fra navnlig Ankenævnet for Forsikring, Ankestyrelsen og Højesteret viser, at de mest omtvistede spørgsmål er afgrænsningen af forudbestående lidelser over for ulykkesfølger, kravet om tidsnær lægelig dokumentation, reglen om parrede organer, ulykkesbegrebet som "pludselig hændelse" og den typiske bagatelgrænse på 5 pct. mén.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Standardpolicebetingelser for privat ulykkesforsikring henviser til AES-méntabellen, og denne henvisning omfatter også tabellens almindelige retningslinjer og vejledning – herunder reglen om parrede organer (Højesteret, BS-29825/2020-HJR).

02 AES afgiver vejledende udtalelser om méngraden i private forsikringssager mod et gebyr; udtalelsen er ikke bindende for nævn eller domstole, men tillægges i praksis betydelig vægt.

03 Forudbestående lidelser (degenerative forandringer, slidgigt, sygdomsanlæg) fører til forholdsmæssigt fradrag i méngraden, men kun hvis lidelsen har været symptomgivende før ulykken eller der foreligger en sikker prognose for, at den ville have givet symptomer.

04 Tidsnær lægelig dokumentation er afgørende for at godtgøre årsagssammenhæng; forsinkede lægehenvendelser (fx 2-3 måneder efter ulykken) fører ofte til afvisning.

05 Bagatelgrænsen for varigt mén er typisk 5 pct. i standardpolicebetingelser – vurderer AES méngraden til under 5 pct., ydes ingen godtgørelse.

06 Ulykkesbegrebet fortolkes bredt efter Højesterets praksis (U2018.7H): det kræver en 'pludselig hændelse', men ikke noget usædvanligt, uventet eller udefrakommende — også sportsudøvelse og fødselsskader kan opfylde definitionen.

07 Ved parrede organer (fx øjne, ører, lunger) beregnes méngraden som forskellen mellem den samlede ménprocent for tab af begge organer og ménprocenten for det forudbestående tab; uklare forsikringsbetingelser fortolkes til fordel for den sikrede (uklarhedsprincippet).

08 Retsfortabende passivitet kan afskære en part fra at anfægte en méngradsafgørelse — Højesteret har fastslået, at 10 års passivitet uden nye oplysninger medfører retsfortabelse (BS-31168/2023-HJR).

09 Grov uagtsomhed efter forsikringsaftalelovens § 18, stk. 2, kan føre til hel eller delvis nedsættelse af forsikringsdækningen, og skyldgraden og omstændighederne vurderes konkret.

10 Varigt mén kan først fastsættes endeligt, når tilstanden er stationær; indtil da kan der alene kræves aconto-udbetaling efter forsikringsaftalelovens § 24, stk. 1.

11 Ved samvirkende årsager — fx tobaksforbrug og erhvervseksponering — kræver fradrag i méngraden, at det med overvejende sandsynlighed godtgøres, at ménet skyldes andre forhold end den anerkendte skade (formodningsreglen i ASL § 12, stk. 2).

§ 1 Lovgrundlag og méntabellens rolle som de facto standard

Méngradsfastsættelse i privat ulykkesforsikring beror på et samspil mellem forsikringsaftaleretlige regler og det offentligretlige ménvurderingssystem. De centrale lovbestemmelser er:

- Arbejdsskadesikringsloven § 18: Fastslår, at varigt mén giver ret til godtgørelse, og at méngraden fastsættes på grundlag af skadens medicinske art og omfang. Godtgørelse ydes ikke, hvis méngraden er under 5 pct. Ved 100 pct. mén udgør godtgørelsen 1.013.500 kr. (2024-niveau), og i ganske særlige tilfælde kan ménet fastsættes op til 120 pct.
- Erstatningsansvarsloven § 4: Regulerer méngodtgørelse i den almindelige erstatningsret. Ved 100 pct. mén udgør godtgørelsen 573.500 kr., og i særlige tilfælde op til 687.500 kr. Under 5 pct. ydes ingen godtgørelse.
- Forsikringsaftaleloven § 120: Fastslår, at selskabet hæfter for skadelige følger af en ulykke, der indtræder i forsikringstiden, selv om følgerne først viser sig senere.

Den vejledende méntabel — udstedt af AES med seneste version fra 1. februar 2017 — er formelt en normaltabel til brug i arbejdsskadesager. Den er imidlertid blevet den de facto autoritative standard for privat ulykkesforsikring, fordi standardpolicebetingelser typisk indeholder en klausul som:

> *«Méngraden fastsættes efter den tilskadekomnes medicinske méngrad uden hensyntagen til forsikredes specielle erhverv og på grundlag af Arbejdsskadestyrelsens méntabel.»*

AES afgiver vejledende udtalelser i private forsikringssager mod et gebyr (10.113 kr. for øvrige udtalelser, jf. bekendtgørelse om takster for administration). Udtalelsen er ikke bindende, men tillægges i praksis betydelig vægt af Ankenævnet for Forsikring.

Det lovforberedende grundlag for systemet er Betænkning nr. 976/1983 om udmåling af erstatning ved personskade og tab af forsørger, der udgør det dogmatiske fundament for erstatningsansvarslovens §§ 4-7 og opdeling i poster (méngodtgørelse, erhvervsevnetab, svie og smerte mv.).

LOV Arbejdsskadesikringsloven § 18 · Erstatningsansvarsloven § 4 · Forsikringsaftaleloven § 120

§ 2 Ulykkesbegrebet: pludselig hændelse og afgrænsningen mod sygdom

Ulykkesforsikringens dækning forudsætter, at der foreligger et *ulykkestilfælde* — typisk defineret i policebetingelserne som en «pludselig hændelse, der forårsager personskade». Fortolkningen af dette begreb har undergået en betydelig udvikling i retspraksis.

Højesterets dom i den såkaldte *løbersag* (U2018.7H, 5. september 2017) fastslog, at:

- Det ikke er en betingelse, at årsagen til ulykkestilfældet er en udefrakommende påvirkning.
- Det ikke kræves, at der er sket noget usædvanligt, uventet eller tilfældigt.
- Den initialpåvirkning, der har ført til skaden, blot skal være sket *pludseligt*.

Denne brede fortolkning har fået vidtrækkende konsekvenser for nævnspraksis:

Sportsaktiviteter anerkendes som ulykker. I 94541 (akillessenеruptur under fodbold) fandt Ankenævnet for Forsikring, at løb under sportsudøvelse udgør en pludselig hændelse — men afviste alligevel dækning grundet manglende årsagssammenhæng, da skaden skyldtes forudbestående svækkelse. Tilsvarende blev et golfslag i 97464 anerkendt som ulykke, men dækning nægtet med samme begrundelse.

Fødselsskader har givet anledning til principielle afgørelser. I 98037 (sphincterruptur grad 3b under fødsel) fastslog Ankenævnet, at den pludselige kraftige påvirkning ved forløsningen af barnets hoved udgør et ulykkestilfælde. I 101023 (grad 4 bristning efter cup-forløsning) bekræftede nævnet denne praksis og afviste selskabets indsigelse om, at lægelig behandling udelukkede dækning.

Komplikationer under lægelig behandling af sygdom falder derimod uden for. I 103156 (sprunget blodåre, huskeanæstesi og fejlmedicinering under galdeoperation) afviste nævnet dækning, fordi behandlingen var iværksat for at behandle sygdom og ikke nødvendiggjort af et ulykkestilfælde.

LOV Forsikringsaftaleloven § 120

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning for komplikationer under galdeoperation under ulykkesforsikring	06.08.2025
Ankenævnet for Forsikring · Anerkendelse af fødselsskade (grad 4 bristning) efter cup-forløsning og spørgsmål om forældelse	29.05.2024
Ankenævnet for Forsikring · Akillessenеruptur under golfslag anerkendt som ulykkestilfælde, men dækning afvist pga. forudbestående svækkelse	30.11.2022
Ankenævnet for Forsikring · LB Forsikring: Afvisning af ulykkesforsikringsdækning efter fødsel med sphincterruptur	10.08.2022
Ankenævnet for Forsikring · Akillessenеruptur under fodbold: Afslag på erstatning grundet manglende årsagssammenhæng	15.04.2020

§ 3 Forudbestående lidelser og fradrag i méngraden

Afgrænsningen mellem forudbestående lidelse og ulykkesfølge er det hyppigst forekommende tvistpunkt i sager om méngradsfastsættelse. Méntabellens afsnit 4 fastlægger de overordnede principper:

- Afsnit 4.1: Forudbestående invaliditet eller handicap kan *forhøje* ménprocenten (fx tab af tommelfinger, når den anden hånd allerede mangler).
- Afsnit 4.2: Når ulykken rammer et allerede varigt skadet område, kan der foretages fradrag, men *kun* hvis den forudbestående sygdom/skade har været symptomgivende, eller der foreligger en sikker prognose for, at den ville have givet symptomer.

Ankenævnet for Forsikring har i en række sager taget stilling til fradragsspørgsmålet:

I 100462 (rygskade under arbejde) forelå den usædvanlige situation, at AES havde vurderet samme hændelse til vidt forskellige méngrader alt efter, om vurderingen angik arbejdsskadeforsikring eller privat ulykkesforsikring. Under arbejdsskadesagen blev méngraden sat til 12 pct. med anerkendelse af årsagssammenhæng, men under den private forsikring vurderede AES méngraden til under 5 pct. grundet de forudbestående rygproblemer (Morbus Scheuermann, degenerative forandringer).

I 100572 (fald med nakkeskade) blev dækning afvist, idet nævnet lagde vægt på, at forsikringstageren først søgte læge 2,5 måneder efter ulykken, og at MR-scanning viste udbredte degenerative forandringer, der var den primære årsag til symptomerne.

Ankestyrelsen har i principmeddelelse 39-23 fastslået, at der kan gives tillæg til méngraden, hvis flere skader *væsentligt* forstærker hinanden, og at tillægget altid tilkendes på den seneste skade. I den ene sag blev méngraden fastsat til 20 pct. uden fradrag (væsentlig forstærkning), mens der i den anden sag blev foretaget et skønsmæssigt fradrag på 1/3 for forudbestående slidgigt, der med overvejende sandsynlighed ville have givet symptomer.

Praksis viser følgende hovedmønster:

Situation	Typisk udfald
Degenerative forandringer, symptomgivende før ulykken	Fradrag
Degenerative forandringer, symptomfri før ulykken	Normalt intet fradrag
Ulykke forværrer allerede skadet område	Samlet ménprocent med skønsmæssigt fradrag
Flere skader forstærker hinanden væsentligt	Tillæg til méngraden

LOV `Arbejdsskadesikringsloven § 12, stk. 2` `Arbejdsskadesikringsloven § 18, stk. 2`

PRAKSIS
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afslag på erstatning for nakkeskade efter fald grundet manglende årsagssammenhæng og degenerative forandringer — 13.11.2024
- **Ankenævnet for Forsikring** · Afslag på erstatning for rygskade under privat ulykkesforsikring trods anerkendt arbejdsskade — 24.01.2024
- **Ankestyrelsen** · Varigt mén: Tillæg ved multiple skader og forstærkning af forudbestående gener — 01.01.2023
- **Ankestyrelsen** · Méngrad ved kroniske nakke-skuldersmerter og fradrag for forudbestående slidgigt — 01.01.2000

§ 4 Kravet om tidsnær lægelig dokumentation

Et gennemgående krav i praksis er, at forsikringstageren skal dokumentere årsagssammenhæng mellem ulykken og de varige gener gennem tidsnære lægelige optegnelser. Méntabellens afsnit 4.3 fastslår, at den tidsmæssige og medicinske sammenhæng mellem en skade og en påvirkning indgår i vurderingen af det varige mén.

I 100572 havde forsikringstageren faldet og slået nakken, men opsøgte først læge ca. 2,5 måneder senere. Ankenævnet stadfæstede selskabets afvisning, idet den sene lægehenvendelse svækkede årsagssammenhængen, og de påviste degenerative forandringer pegede på en anden primær årsag.

I 94541 (akillessenerupturer under fodbold) lagde nævnet afgørende vægt på forsikringstagerens *første* forklaring om hændelsesforløbet. Da han efterfølgende ændrede sin forklaring (fra solouheld til hovedstødsduel), blev den oprindelige version lagt til grund, og AES' vurdering — at almindeligt løb ikke er egnet til at sprænge en rask sene — blev fulgt.

I 97464 havde forsikringstageren haft gener i samme sene måneder før hændelsen (januar-februar 2020) og opsøgte først læge den 9. juni 2020 — over en måned efter golfslaget. Nævnet fandt, at selskabet havde godtgjort, at hovedårsagen var forudbestående svækkelse.

Mønstret i praksis er klart: forsikringstageren bærer bevisbyrden for at sandsynliggøre årsagssammenhæng, og en kombination af forsinket lægehenvendelse og forudbestående degenerative forandringer fører regelmæssigt til afvisning.

PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Afslag på erstatning for nakkeskade efter fald grundet manglende årsagssammenhæng og degenerative forandringer	13.11.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Akillessenerupturer under golfslag anerkendt som ulykkestilfælde, men dækning afvist pga. forudbestående svækkelse	30.11.2022
	Ankenævnet for Forsikring · Akillessenerupturer under fodbold: Afslag på erstatning grundet manglende årsagssammenhæng	15.04.2020

§ 5 Parrede organer og uklarhedsprincippet — Højesterets dom af 12. maj 2021

Reglen om *parrede organer* i méntabellens afsnit 5 er en af de vigtigste og mest omdiskuterede beregningsregler. Den indebærer, at ved tab af ét parret organ (øje, øre, nyre m.v.) — når det andet organ allerede er tabt — udmåles ménet som *forskellen* mellem den samlede ménprocent for tab af begge organer og ménprocenten for det forudbestående tab.

Højesteret tog i BS-29825/2020-HJR stilling til, om denne regel finder anvendelse i privat ulykkesforsikring. Forsikringstageren havde mistet synet på højre øje ved én ulykke (6. april 2014) og synet på venstre øje ved en anden ulykke (18. december 2014), begge inden for forsikringstiden hos Popermo Forsikring.

Højesteret tiltrådte, at policebetingelsernes henvisning til AES-méntabellen:

> *«også omfatter méntabellens almindelige retningslinjer og vejledning, herunder vejledningens punkt 5 om parrede organer.»*

Om forsikringsbetingelsernes punkt 7.7 ("Et mén, der er til stede før ulykkestilfældet, berettiger ikke til erstatning") udtalte Højesteret:

> *«Det fremgår derimod ikke med tilstrækkelig klarhed, om punkt 7.7 tillige indebærer en undtagelse fra reglen i punkt 5 om parrede organer.»*

Højesteret anvendte herefter *uklarhedsprincippet* – forsikringsbetingelser fortolkes til fordel for den sikrede – og fastslog, at reglen om parrede organer fandt anvendelse. Méngraden for den anden ulykke blev dermed 100 % – 20 % = 80 %, og den samlede erstatning inkl. tillægserstatning blev 828.000 kr.

Forud for Højesterets dom havde Ankenævnet for Forsikring i 90246 – den *samme* forsikringstager – nået det modsatte resultat. Nævnets flertal fandt, at forsikringsbetingelsernes punkt 7.7 med tilstrækkelig klarhed udelukkede kumulation, mens mindretallet foreslog den løsning, som Højesteret efterfølgende nåede frem til.

LOV Forsikringsaftaleloven § 24

PRAKSIS **Højesteret** · Forsikringsbetingelsers fortolkning ved skade på parrede organer (øjne) og anvendelse af uklarhedsprincippet 12.05.2021

Ankenævnet for Forsikring · Sag om méngrad efter to ulykkestilfælde med synstab 30.08.2017

§ 6 Retsfortabende passivitet ved sen anfægtelse af méngradsafgørelser

Højesteret fastslog i BS-31168/2023-HJR, at en part kan være afskåret fra at anfægte en méngradsafgørelse på grund af retsfortabende passivitet.

Hillerød Kommune havde som selvforsikret arbejdsgiver udbetalt méngodtgørelse i overensstemmelse med Arbejdsskadestyrelsens afgørelse fra 2010 om 20 pct. varigt mén efter et færdselsuheld. Kommunen påklagede ikke afgørelsen og forholdt sig passivt i ca. 10 år, trods gentagne påmindelser i form af efterfølgende afgørelser om erhvervsevnetab. Først i 2020 anlagde kommunen sag om méngraden.

Højesteret udtalte:

> *«Hillerød Kommune har udvist en passivitet, der medfører, at kommunen er afskåret fra nu at gøre indsigelse mod afgørelsen om varigt mén.»*

Retten lagde vægt på:

- At méngodtgørelsen var udbetalt uden forbehold.
- At kommunen gentagne gange var blevet mindet om afgørelsen.
- At der ikke var fremkommet nye oplysninger.
- At kommunens anmodning om genoptagelse i 2018 alene angik anerkendelsen af skaden, ikke méngraden.

Dommen illustrerer, at passivitetsgrundsætningen finder anvendelse på méngradsafgørelser i arbejdsskadesystemet, og at en part, der undlader at klage eller tage forbehold, efter et længere tidsforløb kan fortabe sin ret til at anfægte.

LOV Arbejdsskadesikringsloven § 40a

PRAKSIS **Højesteret** · Hillerød Kommune afskåret fra at anfægte 10 år gammel afgørelse om varigt mén grundet passivitet 03.04.2024

§ 7 Fradrag for konkurrerende risikofaktorer — tobak, samvirkende årsager og formodningsreglen

Spørgsmålet om fradrag i méngraden for konkurrerende risikofaktorer er behandlet principielt af Højesteret i flere afgørelser.

I Sag 13/2015 (lungekræft, asbestudsættelse vs. tobaksrygning) fastslog Højesteret, at formodningsreglen i arbejdsskadesikringslovens § 12, stk. 2 indebærer, at et varigt mén anses for en følge af arbejdsskaden, medmindre det med *overvejende sandsynlighed* godtgøres, at ménet skyldes andre forhold. Statistiske risikovurderinger (ætiologiske fraktioner) kan ikke alene afkræfte den legale formodning. Da asbestpåvirkningen fordoblede forsikringstagerens faktiske risiko for lungekræft, var bevisbyrden for fradrag ikke løftet, og den fulde méngrad på 15 pct. blev anerkendt.

Ankestyrelsen har i principmeddelelse 9-23 præciseret, at formodningsreglen også gælder, når de erhvervsevnenedsættende symptomer er psykiske. I Sag 1 blev der foretaget fradrag på ca. halvdelen grundet konkurrerende årsager (forudbestående PTSD og senere overfald), mens der i Sag 2 ikke blev foretaget fradrag, da de psykiske symptomer var følge af den anerkendte kroniske smertetilstand.

I Sag 231/2015 præciserede Højesteret, at ved fradrag for grundlidelse (her brystkræft) lå begge skøn (AES: 10 pct. for vansir; Ankenævnet: 15 pct.) inden for méntabellens rammer, og der var ikke grundlag for at tilsidesætte myndighedens konkrete skøn.

For privat ulykkesforsikring har disse principper den konsekvens, at selskabet ikke blot kan henvise til statistiske sandsynligheder for at nedsætte méngraden — der kræves en konkret bevisbedømmelse, hvor det godtgøres med overvejende sandsynlighed, at ménet skyldes andre forhold.

LOV Arbejdsskadesikringsloven § 12, stk. 2

PRAKSIS
- **Højesteret** · Betydningen af skadelidtes død for udmåling af méngodtgørelse og erhvervsevnetab 15.11.2016
- **Højesteret** · Højesteretsdom om méngodtgørelse ved lungekræft: Samspil mellem asbestudsættelse og tobaksrygning 11.12.2015
- **Ankestyrelsen** · Erstatning for tab af erhvervsevne: Anvendelse af formodningsreglen ved psykiske symptomer efter fysisk arbejdsskade 01.01.2023

§ 8 Bagatelgrænsen på 5 pct. og stationær tilstand

Standardpolicebetingelser for ulykkesforsikring fastsætter typisk en bagatelgrænse på 5 pct. varigt mén, svarende til erstatningsansvarslovens § 4, stk. 1, der foreskriver, at der ved en méngrad under 5 pct. ikke ydes godtgørelse.

Méntabellen opererer med procenterne 5, 8, 10, 12, 15, 18, 20, 25, 30, 35, 40, 45 … stigende med 5 procent til 100 pct. Vurderingen «under 5 pct.» (skrevet som «< 5» i tabellen) medfører, at der *slet ikke* ydes godtgørelse. Ved forværring af et mén kan AES vurdere, om forværringen medfører, at det samlede mén når op på 5 pct.

Et centralt krav er desuden, at méngraden først kan fastsættes endeligt, når tilstanden er *stationær* — dvs. varig og ikke forventelig bedret. I 103548 klagede et dødsbo over selskabets (Popermo Forsikring) vurdering af méngraden til 25 pct. efter en faldulykke, der medførte hoftebrud og plexus brachialis-nerveskade.

Forsikringstageren døde kun 3,5 måneder efter ulykken, inden tilstanden var stationær. Ankenævnet stadfæstede selskabets skøn med henvisning til:

- At nerveskader typisk kræver op til ét år for bedring.
- At selskabets udbetaling var et aconto-beløb efter forsikringsaftalelovens § 24, stk. 1.
- At det "sikre mén" på dødstidspunktet ikke med tilstrækkelig sikkerhed oversteg 25 pct.

LOV Erstatningsansvarsloven § 4, stk. 1 | Forsikringsaftaleloven § 24, stk. 1

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Tvist om méngrad efter faldulykke: Dødsbo klager over forsikringsselskabs vurdering på 25% 10.09.2025

§ 9 Grov uagtsomhed og dækningsudelukkelse efter forsikringsaftalelovens § 18

Forsikringsaftalelovens § 18 regulerer konsekvenserne af forsikringstagerens skyld. Forsætlig fremkaldelse af forsikringsbegivenheden udelukker ethvert krav (stk. 1), mens grov uagtsomhed kan føre til hel eller delvis nedsættelse af erstatningen under hensyn til skyldgraden og omstændighederne (stk. 2).

I 100295 (trafikuheld under politijagt) afviste If Skadeforsikring dækning under ulykkesforsikringen for en forsikringstager, der kørte for stærkt og nægtede at standse for politiet. Forsikringstageren led af en bipolar forstyrrelse og var retspsykiatrisk vurderet som sindssyg i gerningsøjeblikket. Ankenævnet tog stilling til forholdet mellem forsikringsaftalelovens § 19 (sikredes sindstilstand) og forsikringsbetingelsernes udtrykkelige undtagelser, og fandt, at den aftalte undtagelsesklausul — der udelukkede dækning for skader sket «under påvirkning af alkohol, narkotika eller lignende euforiserende stoffer» eller «under udøvelse af kriminel handling» — gyldigt kunne fravige FAL § 19, da forsikringsbetingelserne var klare nok.

Praksis viser, at forsikringsselskaber regelmæssigt påberåber sig dækningsudelukkelse i tilfælde af:

- Bevidst kørsel for rødt lys (fx på knallert)
- Spirituskørsel
- Deltagelse i kriminelle handlinger
- Selvforskyldt beruselse

Nedsættelsen er konkret og beror på en helhedsvurdering af skyldgraden, ulykkenens omstændigheder og forsikringstagerens personlige forhold.

LOV Forsikringsaftaleloven § 18, stk. 2 | Forsikringsaftaleloven § 19

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning for ulykkestilfælde ved politijagt trods sindssyge: Gyldig fravigelse af forsikringsaftalelovens § 19 13.12.2023

§ 10 Fødselsskader som ulykker og forældelsesspørgsmål

Ankenævnet for Forsikring har siden august 2022 fastslået, at alvorlige fødselsskader — navnlig sphincterrupturer — kan udgøre ulykkestilfælde i forsikringsbetingelsernes forstand. Den principielle afgørelse

i 98037 fastslog, at selve udspilingen af mellemkødet under forløsningen udgør en pludselig, kraftig og relativt kortvarig påvirkning, der kan medføre personskade.

Denne praksisændring har rejst særlige forældelsesspørgsmål. I 101023 fandt nævnet, at forsikringstageren ikke *før den 10. august 2022* — datoen for nævnets principielle kendelser om fødselsskader — burde have haft kendskab til, at hun kunne have et krav, og at kravet dermed ikke var forældet, da det blev anmeldt den 6. juni 2023.

I 100933 nåede nævnet derimod det modsatte resultat. Her var skaden fra marts 2019 og anmeldt den 21. september 2023 (over 3 år efter skadens indtræden). Nævnet lagde vægt på, at den 3-årige forældelsesfrist løber fra skadetidspunktet, og at retsvildfarelse — manglende kendskab til, at fødselsskader kan være dækkede — som altovervejende udgangspunkt ikke suspenderer fristen.

I 102181 (méngrad efter fødselsbristning) afviste nævnet at behandle klagen, da der herskede væsentlig usikkerhed om, hvilke skader der var direkte følge af ulykken. Tvisten illustrerer den lægefaglige udfordring i at adskille fødselsskaden fra graviditetens generelle belastning af bækkenbunden.

Generelt for privat ulykkesforsikring gælder, at den praktiserende bør vejlede om:

- Omgående anmeldelse til forsikringsselskabet
- Tidsnær lægelig dokumentation (straksregistrering af gener)
- Forholdet til den 3-årige forældelsesfrist i forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5

LOV	Forsikringsaftaleloven § 24 · Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 5	
PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Uenighed om méngrad og årsagssammenhæng efter alvorlig fødselsbristning	22.01.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om forældelse af krav på ulykkesforsikring efter fødselsskade	11.12.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Anerkendelse af fødselsskade (grad 4 bristning) efter cup-forløsning og spørgsmål om forældelse	29.05.2024
	Ankenævnet for Forsikring · LB Forsikring: Afvisning af ulykkesforsikringsdækning efter fødsel med sphincterruptur	10.08.2022

§ 11 Sammenfatning: hovedlinjer og praktiske konsekvenser

Praksis om méngradsfastsættelse i privat ulykkesforsikring tegner et klart billede af et område, hvor AES-méntabellen fungerer som en de facto bindende standard, men hvor forsikringsbetingelsernes præcise ordlyd kan give anledning til væsentlige forskelle i resultatet.

De vigtigste praktiske konsekvenser er:

- **Policetjek er afgørende:** Forsikringsbetingelsernes henvisning til méntabellen er ikke altid identisk — nogle policer henviser til hele tabellen inkl. retningslinjer (reglen om parrede organer), andre kun til selve procentsatserne. Højesterets dom i BS-29825/2020-HJR viser, at uklare formuleringer fortolkes til sikredes fordel.
- **Dokumentation fra dag ét:** Forsikringstagere bør opsøge læge *umiddelbart* efter en ulykke og sikre, at generne journalføres. Forsinket lægehenvendelse kombineret med degenerative forandringer er den hyppigste grund til afvisning.

- **AES-udtalelsen er vejledende, ikke endelig:** Både Ankenævnet og domstolene kan fravige AES' vurdering, men i praksis tillægges den betydelig vægt.
- **Forudbestående: kun fradrag ved dokumentation:** Fradrag for forudbestående lidelser kræver, at lidelsen har været symptomgivende eller har en sikker prognose — degenerative forandringer, der er alderssvarende og symptomfri, giver normalt ikke grundlag for fradrag.
- **Forældelsesfrist:** Kravet forældes 3 år fra skadetidspunktet, og retsvildfarelse suspenderer som altovervejende udgangspunkt ikke fristen.

Méngradsfastsættelse hænger tæt sammen med en række beslægtede emner: anerkendelse af selve arbejdsskaden behandles i arbejdsskade-anerkendelse, generel méngodtgørelse efter EAL i varigt-men-mengradserstatning, svie og smerte i svie-og-smerte, og erhvervsudygtighedsforsikring i erhvervsudygtighedsforsikring.

LOV	Arbejdsskadesikringsloven § 18 · Erstatningsansvarsloven § 4	
PRAKSIS	**Højesteret** · Forsikringsbetingelsers fortolkning ved skade på parrede organer (øjne) og anvendelse af uklarhedsprincippet	12.05.2021
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på erstatning for nakkeskade efter fald grundet manglende årsagssammenhæng og degenerative forandringer	13.11.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på erstatning for rygskade under privat ulykkesforsikring trods anerkendt arbejdsskade	24.01.2024

REFERENCE Lovgrundlag

6 paragraffer

Arbejdsskadesikringsloven § 12	stk. 2	Arbejdsskadesikringsloven § 18	
Erstatningsansvarsloven § 4		Forsikringsaftaleloven § 18	stk. 2
Forsikringsaftaleloven § 24	stk. 1	Forsikringsaftaleloven § 120	

MATERIALE Citerede afgørelser

19 afgørelser

HØJESTERET · ØVERSTE INSTANS 4

03.04.2024	Hillerød Kommune afskåret fra at anfægte 10 år gammel afgørelse om varigt mén grundet passivitet	bs-31168-2023-hjr
12.05.2021	Forsikringsbetingelsers fortolkning ved skade på parrede organer (øjne) og anvendelse af uklarhedsprincippet	bs-29825-2020-hjr
15.11.2016	Betydningen af skadelidtes død for udmåling af méngodtgørelse og erhvervsevnetab	231-2015
11.12.2015	Højesteretsdom om méngodtgørelse ved lungekræft: Samspil mellem asbestudsættelse og tobaksrygning	13-2015

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS 12

10.09.2025	Tvist om méngrad efter faldulykke: Dødsbo klager over forsikringsselskabs vurdering på 25%	103548
06.08.2025	Afslag på dækning for komplikationer under galdeoperation under ulykkesforsikring	103156
22.01.2025	Uenighed om méngrad og årsagssammenhæng efter alvorlig fødselsbristning	102181
11.12.2024	Afgørelse om forældelse af krav på ulykkesforsikring efter fødselsskade	100933
13.11.2024	Afslag på erstatning for nakkeskade efter fald grundet manglende årsagssammenhæng og degenerative forandringer	100572
29.05.2024	Anerkendelse af fødselsskade (grad 4 bristning) efter cup-forløsning og spørgsmål om forældelse	101023
24.01.2024	Afslag på erstatning for rygskade under privat ulykkesforsikring trods anerkendt arbejdsskade	100462
13.12.2023	Afvisning af dækning for ulykkestilfælde ved politijagt trods sindssyge: Gyldig fravigelse af forsikringsaftalelovens § 19	100295
30.11.2022	Akillesseneruptur under golfslag anerkendt som ulykkestilfælde, men dækning afvist pga. forudbestående svækkelse	97464
10.08.2022	LB Forsikring: Afvisning af ulykkesforsikringsdækning efter fødsel med sphincterruptur	98037
15.04.2020	Akillesseneruptur under fodbold: Afslag på erstatning grundet manglende årsagssammenhæng	94541
30.08.2017	Sag om méngrad efter to ulykkestilfælde med synstab	90246

ANKESTYRELSEN · NÆVN / KLAGEINSTANS 3

01.01.2023	Erstatning for tab af erhvervsevne: Anvendelse af formodningsreglen ved psykiske symptomer efter fysisk arbejdsskade	9-23
01.01.2023	Varigt mén: Tillæg ved multiple skader og forstærkning af forudbestående gener	39-23
01.01.2000	Méngrad ved kroniske nakke-skuldersmerter og fradrag for forudbestående slidgigt	U-1-00

FORARBEJDE Betænkninger

1 reference

Udmåling af erstatning ved personskade og tab af forsørger

nr. 976 · 1983 · Justitsministeriet

33 PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over vandskade — afgrænsning af dækning

Pludselig udstrømning, langsom udsivning, frostsprængning og skjult rør-dækning

Version 2 Opdateret 24. jun. 2026 17 afgørelser · 2019-2025 Læs online

INTRODUKTION

Vandskade er en af de hyppigste skadestyper på danske boliger og giver anledning til et betydeligt antal tvister mellem forsikringstagere og forsikringsselskaber. Det centrale spørgsmål er, om den konkrete vandskade falder inden for forsikringsbetingelsernes dækning — navnlig sondringen mellem dækningsberettiget "pludselig udstrømning" fra rør og installationer og den typisk undtagne "langsom udsivning eller dryp". Praksis fra Ankenævnet for Forsikring, byretterne og de overordnede retter viser, at afgørelsen beror på en konkret vurdering af skadens karakter, varighed og årsag, hvor forsikringstageren bærer bevisbyrden for, at skaden er dækningsberettiget. Særlige problemstillinger opstår ved frostsprængning, håndværkerfejl, skjulte rør under gulv/i vægge og afgrænsning til skybrudsdækning.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

01 Dækning af vandskade under bygningsforsikring forudsætter som hovedregel en pludselig, tilfældig udstrømning af vand fra rør eller installationer — langsom udsivning eller dryp er typisk undtaget i forsikringsbetingelserne.

02 Det er forsikringstageren, der bærer bevisbyrden for, at vandskaden skyldes en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed, herunder at udstrømningen var pludselig og ikke langvarig.

03 Synlige installationer (rør i køkkenskabe, synlige tilslutninger til vaskemaskiner og opvaskemaskiner) er typisk undtaget fra vandskadedækning ved udsivning — kun pludselig, synlig udstrømning dækkes.

04 Skjulte rør (rør under gulv, i vægge eller i terrændæk) er dækket under 'udvidet rørskadedækning', men en cisterne eller beholder betragtes ikke som et rør i forsikringsbetingelsernes forstand.

05 Frostsprængning af indvendige rør kan være dækket, men gradvis opfugtning af murværk eller facader efterfulgt af frost betragtes ikke som en pludselig skadeshændelse og afvises typisk.

06 Ved frostsprængning i sommerhuse eller ubeboede ejendomme stilles der typisk krav om tilstrækkelig opvarmning som sikkerhedsforskrift — manglende opvarmning kan medføre afvisning efter forsikringsaftaleloven § 51.

07 Forsikringen erstatter kun til 'samme stand som før skaden' jf. forsikringsaftaleloven § 39 — forudbestående konstruktionsfejl, ukomprimeret sandfyld eller manglende fugtspærre betales ikke af forsikringen.

08 Vandskade opstået under bygge-, reparations- eller montagearbejde er typisk undtaget i forsikringsbetingelserne, også selv om skaden er pludselig.

09 Uklarhed i forsikringsbetingelserne fortolkes til fordel for forsikringstageren (koncipistreglen), jf. aftaleloven § 38 b — selskabet bærer som koncipist risikoen for tvetydige formuleringer.

10 Forsikringstageren har pligt til at afværge og begrænse skaden efter forsikringsaftaleloven § 52 — undladelse af at lukke for vandet eller kontakte skadeservice kan medføre nedsættelse af erstatningen.

11 Følgeskader fra en anerkendt vandskade (fx fugt i underboens lejlighed efter rørbrud) er typisk dækket, men årsagssammenhængen skal dokumenteres — sen anmeldelse eller manglende dokumentation svækker kravet.

12 Andelshavere i en andelsboligforening har ikke objektivt ansvar for vandskader forvoldt af håndværkere under renovering — lejelovens ansvarsbestemmelser finder ikke analog anvendelse, jf. Højesterets dom i BS-33624/2022-HJR.

§ 1 Retlig ramme: Forsikringsaftaleloven og forsikringsbetingelserne

Vandskadedækning under bygnings- og indboforsikring reguleres primært af de privatretlige **forsikringsbetingelser**, som selskaberne konciperer, suppleret af de ufravigelige regler i Forsikringsaftaleloven (FAL). FAL fastsætter de ydre rammer for aftalefriheden:

- FAL § 3 fastslår, at lovens bestemmelser kun finder anvendelse, hvis ikke andet er aftalt — forsikringsbetingelserne kan derfor indsnævre eller udvide dækningen inden for lovens rammer.
- FAL § 39, stk. 1 fastsætter berigelsesforbuddet: selskabet er ikke forpligtet til at udrede større erstatning end, hvad der kræves til den lidte skades dækning. Forsikringstageren kan derfor ikke kræve forbedring af bygningen ud over retablering til "samme stand".
- FAL § 51 regulerer sikkerhedsforskrifter: har den sikrede forsømt pålæg om forebyggende foranstaltninger (fx opvarmning af sommerhus), har vedkommende kun krav på erstatning, for så vidt det er godtgjort, at forsømmelsen ikke forårsagede skaden.
- FAL § 52 pålægger forsikringstageren en tabsbegrænsningspligt — fx at lukke for vandet og kontakte skadeservice hurtigst muligt.

Den centrale dækningssondring i forsikringsbetingelserne er typisk:

Dækket	Typisk undtaget
Pludselig, tilfældig udstrømning fra rør/installationer	Udsivning, dryp fra synlige installationer
Udvidet rørskade (skjulte rør under gulv/i vægge)	Skade på/fra beholdere, cisterner
Frost- og vejrskade på indvendige rør	Gradvis opfugtning, kondensskade

Følgeskader fra dækningsberettiget vandskade	Vandskade under bygge-/reparationsarbejde
Skybrudsdækning (se stormskade-skybrud-piskeregn)	Konstruktionsfejl, manglende vedligeholdelse

Ved uklarhed i forsikringsbetingelserne finder Aftaleloven § 38 b (koncipistreglen) anvendelse: selskabet bærer som koncipist risikoen for tvetydige formuleringer, og betingelserne fortolkes til fordel for forsikringstageren. Denne regel har væsentlig betydning i vandskade-sager, da formuleringer som "udstrømning", "udsivning" og "skjult rør" ofte giver anledning til fortolkningstvivl.

LOV Aftaleloven § 38b · Forsikringsaftaleloven § 3 · Forsikringsaftaleloven § 39, stk. 1 · Forsikringsaftaleloven § 51, stk. 1 · Forsikringsaftaleloven § 52, stk. 1

§ 2 Pludselig udstrømning versus langsom udsivning — kernesondringen

Den mest afgørende sondring i vandskade-sager er, om der er tale om en **pludselig, tilfældig udstrømning** (typisk dækket) eller en **langsom udsivning/dryp** (typisk undtaget). Praksis fra Ankenævnet for Forsikring viser, at denne vurdering er konkret og beror på objektive tegn snarere end forsikringstagerens subjektive oplevelse.

I sag 101595 konstaterede en beboer, at køkkengulvet bulede op og føltes vådt. Årsagen var en utæt pakning ved vandtilførslen til opvaskemaskinen. Ankenævnet afviste dækning, idet nævnet lagde vægt på skadeservicefirmaets rapport:

> *"Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det fremgår af skadesservicefirmaets skadesrapport, at klageren 'oplyser at hans gulv i køkken buler op og virker vådt. Beboer har tilset køkkenskab, men oplyser at ingen rør er våde og skab også er tørt', og at skadesservicefirmaet ved ankomst observere at, 'skade har stået på i noget tid'."*

Nævnet fandt, at skadens omfang — gennemfugtet køkkenskab og markant hævet gulv — bevidnede et langvarigt forløb og dermed udsivning, ikke pludselig udstrømning.

Tilsvarende afviste Ankenævnet i sag 97593 dækning for følgeskader fra en utæt toiletcisterne. Kalkaflejringer på røret og skimmelforekomster pegede på langvarig udsivning. Nævnet udtalte, at klageren ikke havde bevist, at vandskaden hos underboen skyldtes tilfældig udstrømning.

Afgørende momenter i vurderingen er:

- Omfanget af fugtskader (kalkaflejringer, skimmel, hævet gulv indikerer langvarig skade)
- Skadeservicefirmaets konstatering på stedet
- Tidsrummet fra mulig skadesstart til opdagelse
- Om beboeren har haft mulighed for at opdage skaden løbende (synlig vs. skjult installation)

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Vandskade fra opvaskemaskine afvist som udsivning fra synlig installation 21.08.2024

Ankenævnet for Forsikring · Sag om afvisning af dækning for følgeskade efter cisternebrud 27.04.2022

§ 3 Synlige installationer — undtagelsen for udsivning

De fleste bygningsforsikringer sondrer mellem **synlige** og **skjulte** installationer. For synlige installationer (rør i køkkenskabe, synlige tilslutninger til hvidevarer, fritliggende rør) gælder typisk, at udsivning og dryp er undtaget — kun pludselig udstrømning er dækket.

Begrundelsen er, at forsikringstageren har mulighed for løbende at inspicere synlige installationer og dermed opdage og udbedre lækager, før de udvikler sig til større skader. Denne logik illustreres af sag 101595, hvor nævnet fandt, at en vandtilførsel til en opvaskemaskine i et køkkenskab var en synlig installation, uanset at rørene rent fysisk befandt sig inde i et skab.

Sag 97593 understregede desuden, at en **toiletcisterne** i forsikringsbetingelsernes forstand betragtes som en **beholder** — ikke et rør. Dækningen under "udvidet rørskade" (der typisk dækker skjulte rør) omfattede derfor ikke skader fra cisternen. Selskabet anerkendte den direkte skade på cisternen under sanitetsdækningen, men afviste følgeskaderne.

Det har afgørende betydning, at forsikringstageren kan dokumentere, om installationen reelt var synlig eller tilgængelig for inspektion. Er installationen gemt bag et møbel eller i et utilgængeligt hulrum, kan den efter omstændighederne betragtes som skjult, hvilket udvider dækningen.

PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Vandskade fra opvaskemaskine afvist som udsivning fra synlig installation	21.08.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Sag om afvisning af dækning for følgeskade efter cisternebrud	27.04.2022

§ 4 Skjult rør-dækning (udvidet rørskade)

De fleste bygningsforsikringer tilbyder en tilkøbsdækning for **skjulte rør** — typisk kaldet "udvidet rørskade" eller "rørskadedækning". Dækningen omfatter utætheder i rør, der er skjult under gulv, i vægge, i terrændæk eller i anden utilgængelig konstruktion. Formålet er at beskytte mod skader, som forsikringstageren ikke har mulighed for at opdage ved almindelig inspektion.

I sag 101489 anerkendte Codan Forsikring et brud på et fjernvarmerør under badeværelsesgulvet som dækningsberettiget rørskade. Tvisten drejede sig om omfanget af udbedringen: klageren krævede fuldstændig udskiftning af sandpuden under betongulvet til 810.574 kr. Selskabet afviste og tilbød i stedet at "klodse" gulvet op. Ankenævnet fandt, at sætningsskaderne primært skyldtes en **fejlagtig konstruktion** fra 1971 — ukontrolleret, leret og utilstrækkeligt komprimeret sandfyld — og at forsikringen efter FAL § 39 kun skal bringe ejendommen i "samme stand som før skaden", ikke forbedre den underliggende konstruktion.

I sag 100063 konstaterede nævnet, at ejerskifteforsikringens dækning af skjulte rør ikke var begrænset til den specifikt brudte ledning, men omfattede hele det ulovlige kloakforhold. Nævnets flertal udtalte, at selskabet som koncipist bar risikoen for uklarheder i forsikringsbetingelserne, jf. Aftaleloven § 38 b.

I sag 99373 fandt en ejerforening et knækket regnvandsnedløbsrør under bygningen og anmeldte det som skjult rørskade. Ankenævnet afviste dækning, da ejerforeningen havde udbedret røret **uden selskabets samtykke**, hvilket bragte dem i en vanskelig bevismæssig situation. Tekniske rapporter pegede på opstigende grundfugt som den primære årsag — ikke rørbruddet.

Vigtigt: Forsikringstageren bør **aldrig** udbedre en skade uden at give selskabet mulighed for at besigtige den først. Manglende dokumentation kan medføre bevisspild og afvisning.

LOV Aftaleloven § 38b | Forsikringsaftaleloven § 39, stk. 1

PRAKSIS
Ankenævnet for Forsikring · Afvist dækning for total udskiftning af sandpude efter rørskade grundet oprindelige konstruktionsmangler 21.08.2024
Ankenævnet for Forsikring · Domus Forsikring: Dækning af ulovlige kloakforhold, gulvvarme og varmepumpe 10.01.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for omfattende fugtskader i ejerforening da årsagen blev vurderet som opstigende grundfugt og fejlkonstruktion frem for skjult rørskade 23.08.2023

§ 5 Frostsprængning – krav om opvarmning og pludselighed

Frostsprængning af vandrør er en klassisk vandskadetype, der kan forårsage massive skader, når det frosne vand tør op og strømmer ud. Dækningen afhænger af to forhold: (1) om skaden opfylder kravet om pludselighed, og (2) om forsikringstageren har overholdt sikkerhedsforskrifterne om opvarmning.

I sag 100066 frostsprængte et kobberrør i et sommerhus efter et strømsvigt, der slog elradiatorerne ud. Forsikringstageren argumenterede for, at huset var forsvarligt opvarmet inden strømsvigtet, mens selskabet mente, at selve frostsprængningen forårsagede strømsvigtet. Sagen illustrerer, at forsikringstageren skal kunne dokumentere tilstrækkelig opvarmning, jf. FAL § 51, der regulerer konsekvensen af manglende overholdelse af sikkerhedsforskrifter.

I sag 101346 afviste Ankenævnet dækning for frostsprængt puds og murværk på en ejendom fra 1892. Klageren argumenterede for dækning under "frost- og vejrskader" og alternativt "udvidet vandskade". Nævnet afviste med to begrundelser:

- Skaden var **ikke pludselig**: den var opstået som gradvis opfugtning af murværket over en længere periode efterfulgt af frost.
- **Udvidet vandskade** kræver, at vand trænger ind *gennem* en utæthed og skader *noget andet* i huset — her var det selve facaden, der var beskadiget.

Sag 101635 bekræftede dette mønster: opfugtning af facademur grundet utæt tagpap var hverken en frostsprængning af indvendige rør eller en pludselig skade.

Tommelfingerregel: Frostsprængning af et **rør** (med efterfølgende pludselig udstrømning ved optøning) er typisk dækket, forudsat opvarmningskravet er overholdt. Frostskade på **murværk, facader eller tagkonstruktioner** (gradvis opfugtning + frost) er typisk **ikke** dækket.

LOV Forsikringsaftaleloven § 51, stk. 1

PRAKSIS
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for fugtskade på facade grundet utæt tag 28.08.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for frostsprængt puds og murværk under bygningsforsikring 07.08.2024
Ankenævnet for Forsikring · Tvist om dækning af frostsprængning i sommerhus: Spørgsmålet om tilstrækkelig opvarmning og tilfældigt strømsvigt 26.06.2024

§ 6 Håndværkerfejl, byggearbejde og konstruktionsmæssige mangler

Vandskade forårsaget af håndværkerfejl eller under bygge-/reparationsarbejde giver anledning til særlige afgrænsningsspørgsmål.

Undtagelse for byggearbejde: De fleste bygningsforsikringer undtager udtrykkeligt vandskade, der opstår i forbindelse med bygge-, reparations- eller montagearbejde. I sag 99406 kom håndværkere under oprydning efter brand til at skære et vandrør over. Nævnet fandt, at der var tale om en selvstændig skadebegivenhed opstået under renoveringsarbejdet, som var undtaget efter forsikringsbetingelserne.

Konstruktionsmæssige mangler: Forsikringen erstatter kun til "samme stand" — ikke forbedring af konstruktionsfejl. I sag 101489 var sandpuden under gulvet ukontrolleret og utilstrækkeligt komprimeret fra opførelsen i 1971. Nævnet anerkendte rørskaden, men afviste total udskiftning af sandpuden.

Ansvar i andelsboliger: Højesteret afgjorde i BS-33624/2022-HJR, at andelshavere **ikke** kan pålægges objektivt ansvar for vandskader forvoldt af en håndværker under en badeværelsesrenovering ved analog anvendelse af lejelovens ansvarsbestemmelser. En elektriker havde under etableringen af et badeværelse boret gennem et vandrør, hvilket forårsagede omfattende vandskader. Højesteret udtalte:

> *"Højesteret finder, at der ikke er grundlag for at pålægge A og B erstatningsansvar for vandskaden efter en analogi af lejelovens § 142, stk. 3, eller lejelovens § 149, stk. 2."*

Begrundelsen var de strukturelle forskelle mellem leje- og andelsboligforhold, herunder at pålæggelse af ulovbestemt objektivt ansvar kræver, at den ansvarlige har mulighed for at indrette sig forsikringsmæssigt.

Ejerskifteforsikring og ulovlige installationer: I sag 99161 fik klageren medhold i, at et manglende gulvafløb i et badeværelse over en kælder udgjorde en ulovlig VVS-installation, der var dækket under ejerskifteforsikringen. Nævnet afviste selskabets sondring mellem "bygningsindretning" og "VVS-installation" som en sproglig spidsfindighed.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 39, stk. 1 · Lejeloven § 142, stk. 3	
PRAKSIS	**Højesteret** · Højesteret afviser analog anvendelse af lejelovens ansvarsbestemmelser i andelsboligforhold	25.08.2023
	Ankenævnet for Forsikring · Tvist om dækning af følgeskader efter brandslukning og selvstændig vandskade under renovering	21.08.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afvist dækning for total udskiftning af sandpude efter rørskade grundet oprindelige konstruktionsmangler	21.08.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Manglende gulvafløb i badeværelse over kælder betragtes som ulovlig VVS-installation	11.10.2023

§ 7 Bevisbyrde, tabsbegrænsningspligt og dokumentation

Et gennemgående tema i vandskade-sager er **bevisbyrden**. Det er forsikringstageren, der skal bevise rigtigheden af sit krav — herunder at skaden skyldes en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed og ikke en undtaget årsag.

I sag 99373 havde en ejerforening fundet et knækket regnvandsnedløbsrør og mente, at det var årsagen til massive fugtskader. Nævnet fandt imidlertid, at ejerforeningen havde undermineret sin egen bevissituation ved at reparere røret og støbe nyt gulv **før selskabets besigtigelse**. Tekniske rapporter pegede på grundfugt som den primære årsag.

I sag 99233 afviste nævnet et krav om dækning af asbestsanering 1½ år efter en anerkendt vandskade. Den tidsmæssige afstand og tilstedeværelsen af andre mulige årsager (synlige brud på rørisolering) betød, at årsagssammenhængen ikke var bevist.

Tabsbegrænsningspligten efter FAL § 52 indebærer, at forsikringstageren skal handle hurtigt for at afværge og begrænse skaden. Det betyder i praksis:

- Luk for vand ved hovedhane straks
- Kontakt skadeservice/selskabet inden udbedring
- Dokumentér skaden med fotos **før** oprydning
- Lad selskabet besigtige inden retablering

Overtrædes pligten forsætligt eller ved grov uagtsomhed, svarer selskabet ikke for den del af skaden, der kunne have været undgået.

Forældelse: I sag BS-4222/2019-HJR fastslog Højesteret, at den ordinære 3-årige forældelsesfrist for et vandskadekrav var udskudt, fordi forsikringsselskabets korrespondance udviste tilstrækkelig forhandlingsvilje. Selskabets kulancetilbud og opfordringer til yderligere dokumentation gav forsikringstageren en berettiget forventning om en forligsmæssig løsning, og kravet var derfor ikke forældet ved sagsanlæg.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 52, stk. 1-2 · Forældelsesloven § 21, stk. 5	
PRAKSIS	**Højesteret** · Principiel afgørelse om forhandlingers betydning for forældelse af forsikringskrav	07.11.2019
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af asbestsanering efter vandskade i kælder grundet manglende bevis for årsagssammenhæng	27.09.2023
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for omfattende fugtskader i ejerforening da årsagen blev vurderet som opstigende grundfugt og fejlkonstruktion frem for skjult rørskade	23.08.2023

§ 8 Ejerskifteforsikring og vandskade — særlige problemstillinger

Ejerskifteforsikringer giver anledning til en særlig kategori af vandskade-tvister, da dækningen knytter sig til **skjulte fejl og mangler**, der var til stede ved overtagelsen. Betænkning nr. 1520/2010 om huseftersynsordningen belyser de overvejelser, der ligger bag ordningen, herunder problemstillinger om fugt- og skimmelsvampedækning.

I sag 101889 afviste Ankenævnet dækning for vandindtrængen og rådskader i et sommerhus fra 1946. Selskabet argumenterede med, at tilstandsrapporten allerede påpegede risici ved badeværelset, og at skaderne derfor ikke var "skjulte".

I sag 101915 afviste Ankenævnet dækning for manglende fald på et badeværelsesgulv. Klageren havde selv fjernet en brusekabine (med fast bund og fald) og ønskede i stedet at etablere en bruseniche, hvilket afslørede de underliggende mangler.

I sag 100646 afviste selskabet dækning for manglende fugtspærre i en nyere ejendom (2017) — en konstruktionsmangel der ikke i sig selv havde medført aktuel skade.

Derimod fik klageren i sag 99161 medhold i, at et manglende gulvafløb i et badeværelse over kælder var en **ulovlig VVS-installation**, der var dækket — nævnet tilsidesatte selskabets argument om, at det var en "bygningsindretning" og ikke en "installation".

I sag 11456 behandlede byretten et regreskrav, hvor ejerskifteforsikringsselskabet (ETU) søgte regres mod den tidligere ejers husforsikring (LB Forsikring) for en vandskade, der stammede fra en rørskade, som ikke var udbedret korrekt. Sagen illustrerer samspillet mellem ejerskifte- og husforsikring.

PRAKSIS	**Byretten** · Ejerskifteforsikrings regreskrav mod tidligere ejers husforsikring for mangelfuld skadesudbedring	14.02.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning for manglende fald på badeværelsesgulv og manglende vådrumssikring	05.02.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for vandindtrængen og rådskader i badeværelse grundet manglende bevis for skade ved overtagelse	11.12.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for manglende fugtspærre i ejerskifteforsikringssag	15.05.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Manglende gulvafløb i badeværelse over kælder betragtes som ulovlig VVS-installation	11.10.2023

§ 9 Afgrænsning til skybrud, storm og nedbørsskade

Vandskade forårsaget af **skybrud, piskeregn eller storm** dækkes under separate dækninger i bygningsforsikringen og er genstand for en selvstændig praksisoversigt, jf. stormskade-skybrud-piskeregn. Afgrænsningen har i praksis betydning, fordi:

- **Skybrudsdækning** kræver typisk, at nedbøren overstiger en bestemt intensitet (fx 15 mm/30 min) eller opfylder DMI's definition.
- **Vandskade fra rør** (denne oversigt) kræver, at vandet stammer fra husets egne installationer — ikke fra nedbør.
- **Indtrængende regnvand** (fx gennem utæt tag eller revner i ydermur) falder ofte mellem to stole: det er hverken et "skybrud" og heller ikke en "rørskade".

I sag 101346 argumenterede klageren for dækning under "udvidet vandskade", fordi vand angiveligt var trængt ind gennem revner i pudset (en "utæthed"). Nævnet afviste dette, da murværkets naturlige evne til at opsuge fugt ikke kan karakteriseres som en "utæthed" i forsikringsbetingelsernes forstand.

I sag 101635 var skaden på facaden forårsaget af vandindtrængning fra et utæt tagpap. Selskabet afviste under alle dækningstyper: det var ikke frostsprængning af rør, ikke pludselig skade, og nedbørsskade var undtaget.

Generel bygningsdækning behandles i bygningsforsikring.

PRAKSIS	**Ankenævnet for Forsikring** · Afvisning af dækning for fugtskade på facade grundet utæt tag	28.08.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for frostsprængt puds og murværk under bygningsforsikring	07.08.2024

§ 10 Sammenfatning og praktiske anbefalinger

Praksis tegner et klart billede af, hvornår vandskade er dækket og hvornår den falder uden for:

Dækning opnås typisk, når:

- Et rør er brudt eller sprængt, og vand er strømmet ud **pludseligt**
- Rørskaden vedrører et **skjult rør** (under gulv, i væg, i terrændæk), og der er tegnet udvidet rørskadedækning
- Et indvendigt rør er **frostsprængt**, og ejendommen var forsvarligt opvarmet
- Følgeskader (vandskade i underboens lejlighed) kan henføres til en anerkendt rørskade

Dækning afvises typisk, når:

- Skaden skyldes **langsom udsivning eller dryp** fra synlige installationer
- Skaden vedrører en **beholder/cisterne** frem for et rør
- Der er tale om **gradvis opfugtning** af murværk, facade eller gulv over tid
- Vandskade er opstået under **bygge-, reparations- eller montagearbejde**
- Skaden skyldes en **konstruktionsfejl** (manglende fugtspærre, ukomprimeret sandfyld)
- Forsikringstageren har **udbedret skaden** før selskabets besigtigelse

Praktiske råd til forsikringstagere:

- Luk straks for vandet og dokumentér skaden med fotos
- Kontakt forsikringsselskabet **før** udbedring påbegyndes
- Bevar den beskadigede installation indtil selskabet har besigtiget
- Hvis selskabet afviser dækning: klag til Ankenævnet for Forsikring (koster et klagegebyr)
- Ved uklarhed i betingelserne: påberåb koncipistreglen, jf. Aftaleloven § 38 b
- Vær opmærksom på den 3-årige forældelsesfrist — forhandlinger med selskabet kan udskyde fristen, jf. Højesterets dom i BS-4222/2019-HJR

LOV Aftaleloven § 38b · Forsikringsaftaleloven § 52, stk. 1

PRAKSIS **Højesteret** · Principiel afgørelse om forhandlingers betydning for forældelse af forsikringskrav 07.11.2019

REFERENCE Lovgrundlag

5 paragraffer

Aftaleloven § 38b	Forsikringsaftaleloven § 3
Forsikringsaftaleloven § 39 stk. 1	Forsikringsaftaleloven § 51 stk. 1
Forsikringsaftaleloven § 52 stk. 1	

MATERIALE Citerede afgørelser

17 afgørelser

HØJESTERET · ØVERSTE INSTANS 2

25.08.2023	Højesteret afviser analog anvendelse af lejelovens ansvarsbestemmelser i andelsboligforhold	bs-33624-2022-hjr
07.11.2019	Principiel afgørelse om forhandlingers betydning for forældelse af forsikringskrav	bs-4222-2019-hjr

BYRETTEN · FØRSTE INSTANS 1

14.02.2024	Ejerskifteforsikrings regreskrav mod tidligere ejers husforsikring for mangelfuld skadesudbedring	9800-11456

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS 14

05.02.2025	Afslag på dækning for manglende fald på badeværelsesgulv og manglende vådrumssikring	101915
11.12.2024	Afvisning af dækning for vandindtrængen og rådskader i badeværelse grundet manglende bevis for skade ved overtagelse	101889
28.08.2024	Afvisning af dækning for fugtskade på facade grundet utæt tag	101635
21.08.2024	Afvist dækning for total udskiftning af sandpude efter rørskade grundet oprindelige konstruktionsmangler	101489
21.08.2024	Vandskade fra opvaskemaskine afvist som udsivning fra synlig installation	101595
21.08.2024	Tvist om dækning af følgeskader efter brandslukning og selvstændig vandskade under renovering	99406
07.08.2024	Afvisning af dækning for frostsprængt puds og murværk under bygningsforsikring	101346
26.06.2024	Tvist om dækning af frostsprængning i sommerhus: Spørgsmålet om tilstrækkelig opvarmning og tilfældigt strømsvigt	100066
15.05.2024	Afvisning af dækning for manglende fugtspærre i ejerskifteforsikringssag	100646
10.01.2024	Domus Forsikring: Dækning af ulovlige kloakforhold, gulvvarme og varmepumpe	100063
11.10.2023	Manglende gulvafløb i badeværelse over kælder betragtes som ulovlig VVS-installation	99161
27.09.2023	Afslag på dækning af asbestsanering efter vandskade i kælder grundet manglende bevis for årsagssammenhæng	99233
23.08.2023	Afvisning af dækning for omfattende fugtskader i ejerforening da årsagen blev vurderet som opstigende grundfugt og fejlkonstruktion frem for skjult rørskade	99373
27.04.2022	Sag om afvisning af dækning for følgeskade efter cisternebrud	97593

FORARBEJDE Betænkninger

1 reference

Betænkning om huseftersynsordningen

nr. 1520 · 2010 · Justitsministeriet