



JUSTITSMINISTERIET

Lovafdelingen

Folketinget
Boligudvalget
Christiansborg
1240 København K

Dato: 20. november 2009
Kontor: Formueretskontoret
Sagsnr.: 2009-792-1108
Dok.: ATH40122
+ bilag

Hermed sendes besvarelse af spørgsmål nr. 39 (Alm. del), som Folketingets Boligudvalg har stillet til justitsministeren den 10. november 2009. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Thomas Jensen (S).

Brian Mikkelsen

/

Lars Hjortnæs

Slotsholmsgade 10
1216 København K.

Telefon 7226 8400
Telefax 3393 3510

www.justitsministeriet.dk
jm@jm.dk

Spørgsmål nr. 39 fra Folketingets Boligudvalg (Alm. del):

”Ministeren bedes redegøre for, hvad ministeren vil gøre for at huskøbere, som tegner en ejerskifteforsikring, ikke udsættes for det samme forløb som familierne vist i DR programmet Kontant tirsdag den 3. november 2009”

Svar:

I DR-programmet, som der henvises til, blev der skildret nogle lange sagsforløb mellem forsikringsselskaber og huskøbere, der rejste krav i forhold til den ejerskifteforsikring, de havde tegnet.

Ved tegning af en forsikring indgår forsikringsselskabet og forsikringstager en privatretlig aftale, hvis nærmere indhold som udgangspunkt fastlægges ud fra forsikringspolice og de forsikringsbetingelser, der knytter sig til den pågældende forsikring.

Den lovgivningsmæssige ramme for forsikringsaftaler findes i forsikringsaftaleloven, der bl.a. indeholder fælles bestemmelser for alle forsikringstyper. Det gælder eksempelvis bestemmelser om præmiebetaling, selskabets betalingspligt, urigtige oplysninger ved aftalens afslutning mv. Loven indeholder ikke en udtømmende regulering af de mange forskellige spørgsmål, som kan opstå i relation til den nærmere fastlæggelse af den enkelte forsikringsaftales indhold.

Der er bl.a. ikke lovmæssigt fastsat en absolut frist for, hvor lang tid en forsikringssag kan behandles, før en afklaring skal være foretaget. Det følger dog af forsikringsaftalelovens § 24, stk. 1, 1. pkt., at en forsikringsydelse kan fordres betalt 14 dage efter, at selskabet har været i stand til at indhente de oplysninger, der er fornødne til bedømmelse af forsikringsbegivenheden og fastsættelse af forsikringsydelsens størrelse. Er det, forinden endelig opgørelse kan finde sted, givet, at selskabet i alt fald skal betale en del af det krævede beløb, kan denne del forlanges udbetalt, jf. § 24, stk. 1, 2. pkt. Beløbet forrentes fra det tidspunkt, hvor det kan kræves betalt, jf. § 24, stk. 2.

Endvidere følger det af forsikringsaftalelovens § 25, som blev indsat ved lov nr. 434 af 10. juni 2003, at forsikringsselskabet senest 3 måneder efter anmeldelse af forsikringsbegivenheden almindeligvis skal vejlede sikrede om retten til at kræve acontobetaling efter § 24, stk. 1, 2. pkt.

Det følger desuden af forsikringsaftalelovens § 24, stk. 3, at det ikke i forsikringsaftalen kan bestemmes, at selskabet ensidigt beslutter, hvornår forsikringsydelsen skal betales, eller at forsikringsydelsen først skal betales, når selskabet ved dom er fundet pligtig til at betale.

Som det fremgår af den betænkning fra 1925, der ligger til grund for forsikringsaftaleloven, vil den sikrede i almindelighed selv have mulighed for at fremskynde betalingstidspunktet, da det normalt er den sikrede, der skal fremskaffe de fornødne oplysninger. I visse situationer vil forsikringsselskabet også være berettiget til selv at foretage eller lade foretage yderligere undersøgelser. Det beror på et skøn, i hvilket omfang sådanne undersøgelser er berettigede, og det må i sidste ende afgøres ved domstolene, om det er tilfældet.

Generelt er forsikringsselskaber underlagt regler om god skik for finansielle virksomheder. Det følger af § 3 i bekendtgørelse om god skik for finansielle virksomheder, at en finansiell virksomhed – eksempelvis et forsikringsselskab – skal handle redeligt og loyalt over for deres kunder.

Det betyder bl.a., at et forsikringsselskab skal behandle et forsikringskrav inden for en rimelig tid og uden unødvendige ophold. Det vil derfor bero på en konkret vurdering af sagens omstændigheder og udviklingen undervejs i sagen, om god skik-bekendtgørelsens § 3 er overtrådt, hvis en forsikringssag trækker ud.

Det er derimod naturligvis ikke i orden, hvis et forsikringsselskab bevidst trækker tiden ud.

Det er Finanstilsynet, som har til opgave at påse, at forsikringsselskaber overholder reglerne om god skik, herunder om selskabernes praksis for behandling af forsikringskrav er i overensstemmelse med reglerne. Finanstilsynet vil således kunne tage et selskabs sagsbehandlingstider op til behandling, hvis der er mange klager lige netop om et selskab.

Herudover kan forsikringstageren klage til Ankenævnet for Forsikring over forsikringsselskabets afgørelse i en sag. Der kan også klages over selskabets sagsbehandlingstid. Reagerer selskabet ikke på forsikringstagerens skriftlige henvendelser, kan der klages til ankenævnet, når der er forløbet tre uger efter selskabets modtagelse af en henvendelse.