

Nyheter i 2005 års försäkringsavtalslag; en översikt

av Bertil Bengtsson



Bertil Bengtsson
bertil.bengtsson1@telia.com

Artikeln ger en översiktlig redogörelse för viktigare nya regler i den försäkringsavtalslag (2005:104) som träder i kraft den 1 januari 2006. Lagen innehåller större nyheter framför allt rörande personförsäkring (där konsumentskyddet förstärkts) och kollektiv försäkring (som tidigare varit helt oreglerad i svensk rätt).

I. Bakgrund

Som bekant kommer en ny försäkringsavtalslag (NFAL) att gälla från och med 1 januari 2006, då den ersätter både 1927 års försäkringsavtalslag (här kallad GFAL) och konsumentförsäkringslagen (KFL). Det har tagit lång tid innan den kom till stånd – direktiven skrevs någon gång 1973. Men det har sin förklaringar: arbetet har gång på gång stoppats upp, av olika orsaker.

En parlamentariskt sammansatt kommitté – Försäkringsrättskommittén – under Jan Hellners ordförandeskap lade visserligen relativt snabbt fram ett förslag till konsumentförsäkringslag som riksdagen antog år 1980, väsentligen i oförändrat skick. Men sedan inträffade en lång rad komplikationer. Jan Hellner avgick som ordförande på grund av en kontrovers med den moderata justitieministern, vilket ledde till att också de socialdemokratiska ledarna

möterna lämnade kommittén. Det dröjde flera år innan kommittéarbetet åter kom igång för fullt. Efter åtskilliga bekymmer särskilt med lagregleringen om kollektiva försäkringar lade kommittén fram ett förslag till personförsäkringslag (SOU 1986:56) och senare ett förslag till skadeförsäkringslag (SOU 1989:88), båda tillkomna i nära nordiskt samarbete. Förslagens behandling i departementet kom emellertid att fördröjas på grund av ett förslag till EG-direktiv på området – Sverige hade ju vid det laget ändrat sin inställning till europeiskt samarbete. Sedan direktivförslaget återkallats lät den borgerliga regeringen år 1993 en arbetsgrupp inom justitiedepartementet lägga fram en promemoria (Ds 1993:39) med för-

Bertil Bengtsson – professor och tidigare justitieråd – var efter 1989 ordförande i Försäkringskommittén och har också senare deltagit i lagstiftningsarbetet.

slag till en enhetlig försäkringsavtalslag. Arbetet stannade emellertid återigen upp på grund av personalbrist i departementet; lagstiftningsarbetet i samband med EG-anslutningen hade naturligtvis förtur. Dessutom var det politiska intresset av reformen påfallande litet inom den socialdemokratiska regeringen, då liksom senare. Intresset var större hos försäkringsbranschen; efter påstötningar från detta håll kom verkligen arbetet på en proposition igång på allvar mot slutet av 1990-talet. Efter något år ändrade emellertid Försäkringsförbundet som bekant sin inställning till projektet och avbröt samarbetet om lagstiftningens utformning. Dessa nya problem ledde till att propositionen (2003/04:150) lades fram först våren 2004 och riksdagen antog lagförslaget först i februari 2005. Fördröjningen är olycklig också med tanke på den begränsade tid branschen har att anpassa sig efter den nya lagstiftningen – särskilt om man i det längsta hoppats att lagen skulle gå att stoppa.

Lagstiftningen har alltså väckt åtskilliga bekymmer på försäkringshåll, särskilt på senare tid. I övrigt är det emellertid påfallande hur ointresserade jurister, politiker och massmedia i allmänhet har varit för projektet, som ändå innebar det mest omfattande civilrättsliga lagförslag som lagts fram sedan nya jordabalken antogs år 1970. Argumentationen för och emot lagen i riksdagen tyder knappast på någon större förståelse för problemen (frånsett när man direkt återger Försäkringsförbundets invändningar). Trots sin stora praktiska betydelse framstår försäkringsrätten alltså som ett område för en begränsad krets av specialister.

2. Allmänt om den nya lagen

I det följande skall jag ta upp framför allt de viktigare nyheterna i NFAL. Det finns åtskilliga fler detaljer att kommentera, kanske också ett och annat att kritisera; men det får ske i annat sammanhang.

NFAL kan sägas ha tre huvudsyften: att modernisera lagstiftningen i vissa avseenden, att genomföra ett konsumentskydd på personförsäkringens område på liknande sätt som enligt KFL, och att reglera kollektiv försäkring – gruppförsäkring, kollektivavtalsgrundad försäkring – genom regler anpassade för detta område. För närvarande saknas som bekant sådana regler.

I motsats till GFAL innehåller lagen nästan inga allmänna regler tillämpliga på alla försäkringstyper (se dock 1 kap.). I stället sker en uppdelning mellan skadeförsäkring, personförsäkring och kollektivförsäkring; företagsförsäkringen regleras särskilt inom skadeförsäkringen. Uppdelningen har ansetts praktisk från försäkringsbranschens sida. Den förklarar delvis lagens längd. På åtskilliga punkter stämmer dock reglerna om skade- och personförsäkring nära överens. – Å andra sidan saknar lagen regler om särskilda branscher (utom ansvarsförsäkring). I princip skall bolagen fritt få utforma sina produkter.

Lagens utformning är till någon del en konsekvens av den avreglering av försäkringsverksamheten som skedde under 1990-talet, särskilt genom ändringar i försäkringsrörelselagen 1999. Sedan granskningen av villkoren delvis avskaffats och försäkringsbolagen getts större frihet att utforma försäkringsprodukterna, har det ansetts viktigt att skärpa bolagens informationsskyldighet så att försäkringstagarna har större möjlighet att välja mellan produkterna. Vidare har tvingande regler behållits även i företagsförsäkringen, framför allt till skydd för småföretagarna. Också en del andra tvingande regler sammanhänger med avregleringen.

Ett speciellt och kanske något överraskande drag hos NFAL kan framhållas redan nu: den utgår från *konsumentförsäkringens* reglering, som kan sägas ligga till grund för lagens uppbyggnad och synsätt (även om naturligtvis person- och företagsförsäkringens speciella drag fått motivera en rad avvikande reg-

ler). Ändå är ju inte detta den ekonomiskt viktigaste försäkringsformen. Orsaken var inte bara att KFL kom först utan också att lagen framstod som en ovanligt framstående lagstiftningsprodukt. Det senare lagstiftningsarbetet har till stor del gått i Jan Hellners fotspår, särskilt när det gäller personförsäkringen. (Vad han skulle ha ansett om regleringen av företagsförsäkring är dock tveksamt; som framgår av fortsättningen har lagstiftaren här ändrat sig gång på gång men slutligen hamnat i ett regelsystem som i stora drag stämmer med GFAL.)

Några större nyheter i fråga om *terminologi* innebär inte lagen. Att märka är dock att man som konsumentförsäkring räknar *all* individuell skadeförsäkring som en fysisk person eller dödsbo tecknar huvudsakligen för privat ändamål – alltså inte bara de försäkringar som uppräknas i KFL utan också t.ex. djur-, ur- och smyckeförsäkringar. (Se 1:4, där även en del andra definitioner anges.) – En särskild reglering förekommer i fråga om sådana personförsäkringar som arbetsgivare tecknar till förmån för anställda; delvis behandlas den anställda här som försäkringstagare (se 1:5).

Liksom KFL – men i motsats till GFAL – är lagen skriven på det viset, att alla regler är *tvingande* till förmån för försäkringstagarsidan om inte annat särskilt anges (1:6 1 st.). Regler som avser skydd för tredje man – bl.a. för den skadelidande vid ansvarsförsäkring – kan inte avtalas bort så att det går ut över denne (1:6 2 st.).

Beträffande vissa försäkringstyper är emellertid reglerna *dispositiva* utan att detta särskilt anges i de enskilda bestämmelserna. Avtalsfrihet är tradition när det gäller sjö- och annan transportförsäkring, försäkring av luftfartyg och kreditförsäkring (1:7 p. 1 och 2). Tvingande regler anses inte heller behövliga beträffande gruppskadeförsäkring som meddelas för näringsidkare (1:7 p. 3). Detsamma gäller kollektivavtalsgrundad försäkring ("kaförsäkring"), om försäkringen följer en över-

enskommelse mellan en arbetsgivarorganisation och en central arbetstagarorganisation (1:7 p. 4), och vissa andra gruppförsäkringar där villkoren godkänts av regeringen eller myndighet (se närmare 1:7 p.5); i dessa fall utgör organisationernas medverkan respektive myndighetens godkännande en viss garanti för att de försäkrade skyddas. – Vad som nu sagts gäller dock bara förhållandet mellan parterna. Regler som getts till förmån för tredje man får man inte avvika från ens vid dessa försäkringar.

Om skadeförsäkring innehåller ett personförsäkringsmoment – hemförsäkringen inkluderar t.ex. en olycksfallsförsäkring – skall personförsäkringsregler delvis tillämpas på försäkringen (se 1:8).

3. Konsumentförsäkring

I stora delar bygger NFAL:s regler om konsumentförsäkring på KFL, fast dispositionen är en annan.

Information

Lagstiftningen präglas över huvud taget av en stark tilltro till informationens värde, liksom till kundernas intresse för försäkringsproduktens detaljer och möjligheter att smälta sådana upplysningar. I förhållande till KFL:s reglering läggs större tonvikt vid information efter det att avtal träffats – alltså efterköpsinformation. I en skriftlig bekräftelse på avtalet skall försäkringsbolaget särskilt framhålla villkor som utgör en "oväntad och väsentlig begränsning av försäkringsskyddet", vidare eventuella kontantklausuler, villkor om skyldighet att anmäla riskökning och viktiga säkerhetsföreskrifter samt följderna av att de inte efterlevs.

Underlåtenhet att framhålla sådana klausuler medför numera inte bara marknadsrättsliga konsekvenser utan en allvarlig civilrättslig påföljd: villkoret kan inte alls åberopas av bolaget (se 2:8). Att märka är särskilt att det i

princip inte hjälper bolaget att det skickar en rättelse där villkoret framhålls; man bortser ändå från det. (Regeringen hade tänkt sig en rättelsemöjlighet, men Lagrådet ansåg inte den borde förekomma, under hänvisning till allmänna avtalsrättsliga principer.) Om rättelsen sänds så snabbt att försäkringstagaren inte hunnit vidta några åtgärder till följd av den missvisande informationen är det emellertid möjligt att man kan bortse från felet (jfr 39 § avtalslagen, som innehåller en allmän regel av detta slag). – På samma sätt blir bolaget ansvarigt om villkoren ändras och man inte särskilt framhåller villkor av denna viktiga typ (jfr 2:6).

Rätt till försäkring m.m.

För närvarande gäller ju en rätt till försäkring enligt KFL – försäkringsbolaget har en kontraheringsplikt, om inte man kan åberopa särskilda skäl för att vägra försäkring (se 3:1). Den plikten behålls i NFAL, och den utvidgas till att gälla all försäkring för konsumenter – konsumentförsäkring blir som sagt ett större begrepp än tidigare. Bolaget kan emellertid ta hänsyn bl.a. till ”försäkringens art” när man vägrar försäkring; vissa försäkringar har så pass begränsat värde från social synpunkt att det inte behövs så starka skäl att säga nej. Framför allt avses då just de speciella försäkringar för viss egendom som först nu räknas som konsumentförsäkring (djurförsäkring, urförsäkring etc.). – Ett avslag får emellertid inte grundas på att ett försäkringsfall inträffat efter det att ansökan har gjorts; att märka är att bolaget liksom enligt KFL som huvudregel ansvarar från och med dagen efter ansökningdagen (se 3:2 2 st.) Skall bolaget komma ifrån att betala ersättning för en sådan skada, får det åberopa förhållanden som gällde redan vid ansökningen.

Försäkringstagaren har också en rätt att få försäkringen *förnyad* på liknande sätt som tidigare (jfr 15 § KFL). Här regleras förfarandet litet annorlunda än enligt KFL. Försäk-

ringsbolaget får säga upp försäkringen att upphöra vid försäkringstidens utgång, med en månads uppsägningstid. Bolaget skall samtidigt göra en förfrågan om försäkringstagaren vill ha försäkringen förnyad. Vill han det, krävs det alltså särskilda skäl för vägran, av samma typ som när någon begär en ny försäkring (se 3:3). Om inte en giltig uppsägning sker, förnyas försäkringen liksom enligt KFL, med rätt för försäkringsbolaget att få villkoren ändrade; det räcker om ändringen meddelas samtidigt med kravet på premie för den förnyade försäkringen (3:5).

Försäkringstagarens rätt att säga upp försäkringen att upphöra *i förtid* regleras utförligare än enligt KFL. Det avgörande är om bolaget gjort sig skyldig till väsentligt kontraktsbrott eller om det annars inträffar något av väsentlig betydelse för försäkringsförhållandet (se närmare 3:6). Försäkringsbolaget har samma rätt till förtida uppsägning som tidigare (3:7) och kan under samma förutsättningar få försäkringsvillkoren ändrade under försäkringstiden (3:8); skillnaden är inte stor mot regeln i 19 § KFL. Vidare ges regler om försäkringens upphörande vid försäkringsbolagets konkurs m.m. som inte avviker så mycket från de tidigare (3:9-11).

Begränsningar av försäkringsbolagets ansvar

När det gäller påföljden av att försäkringstagaren eller den försäkrade har åsidosatt olika biförpliktelser är systemet i stort sett detsamma som enligt KFL. Den normala konsekvensen är alltså att ersättningen *nedsätts* till ett skäligt belopp, inte att bolaget blir fritt från ansvar. Reglerna är emellertid betydligt utförligare än KFL:s bestämmelser.

Upplyningsplikten innebär att försäkringstagaren skall ge riktiga och fullständiga svar på försäkringsbolagets frågor; han har ingen skyldighet att spontant påpeka olika förhållanden av betydelse för risken utom om han inser att bolaget tidigare fått bristfälliga upp-

gifter (se 4:1). Gör han sig skyldig till svek eller förfarande i strid med tro och heder (30 och 33 §§ avtalslagen) blir avtalet ogiltigt, men annars riskerar han bara nedsättning efter en skälighetsbedömning på samma sätt som enligt 30 § KFL (se 4:2 NFAL). Om det föreskrivs i försäkringsvillkoren är försäkringstagaren också skyldig att anmäla ändring av ett förhållande som angetts i villkoren och är av väsentlig betydelse för risken (4:3). Annars kan följden även här bli en nedsättning. – Dessa regler gäller inte när försäkringsbolaget insett eller borde ha insett att uppgifterna var bristfälliga, inte heller när uppgifterna saknade betydelse för avtalet eller senare mist sin betydelse (4:4). Det inträder alltså påföljder bara när felet avsett frågor av vikt för bolagets bedömning.

Om den försäkrade *framkallar försäkringsfallet*, går han liksom enligt KFL miste om ersättning ifall det skett uppsåtligt. Ersättningen nedsätts vidare med hänsyn till vad som är skäligt, inte bara som tidigare när han visat grov vårdslöshet utan också när han annars handlat eller underlåtit att handla fast han känt till att detta innebar en betydande risk för att skadan skulle inträffa (4:5). Medveten vårdslöshet av detta allvarliga slag likställs alltså numera med grov vårdslöshet; man har bl.a. tänkt på fall där den försäkrade nonchalerat en risk just med tanke på sitt försäkringskydd. NFAL är på detta vis något strängare mot den försäkrade än KFL, fast skillnaden i praktiken inte lär bli så stor. – Liksom tidigare (32 § 2 st. KFL) får försäkringsbolaget göra förbehåll om att ersättningen får sättas ned också vid vårdslöshet som inte är grov, men det förutsätter att det finns särskilda skäl på grund av försäkringens art – t.ex. allriskförsäkring.

En särskild regel i 4:6) ges om *säkerhetsföreskrifter*; också vid brott mot dem kan ersättningen nedsättas efter en skälighetsbedömning. (Men de måste som sagt framhållas särskilt för försäkringstagaren för att de

skall få återopas, se 2:4 och 2:8!) En annan särskild regel i 4:7 handlar om den försäkrades räddningsplikt; har han uppsåtligt eller genom grov vårdslöshet underlåtit åtgärder för att hindra eller minska skadan, kan ersättningen nedsättas på samma sätt. Också här likställs medveten vårdslöshet av det slag som nyss omtalades med grov vårdslöshet.

I 4:8 finns regler om *identifikation* mellan den försäkrade och andra, bl.a. närstående; den försäkrade svarar alltså för deras handlande. Skillnaden är inte stor mot 32 § 3 st. KFL. Regeln skall dock inte tillämpas om synnerliga skäl talar mot detta; lagstiftaren har här tänkt bl.a. på fallet där någon i ilska eller berusning skadar sin makes eller sambos egendom.

Liksom enligt KFL nedsätter man inte ersättningen när oaktsamheten bara är ringa (4:9 1 st. 1 p.), för övrigt inte heller när den handlande är allvarligt psykiskt störd, under 12 år eller har handlat försvarligt i ett nödläge (4:9 1 st. 2 och 3 p.).

Lagen innehåller en ny regel om begränsning av försäkringsbolagets ansvar vid *ansvarsförsäkring*. I dag utgår full försäkringsersättning även när den försäkrade varit grovt vårdslös. Enligt NFAL kan emellertid ersättningen nedsättas i sådana fall, liksom vid brott mot säkerhetsföreskrift och räddningsplikt; försäkringsbolaget är skyldigt lämna full ersättning bara när den skadelidande inte kan få ut skadeståndet från den försäkrade. Bolaget har alltså ett ”subsidiärt” ansvar. Tanken är att den försäkrade inte utan vidare skall skyddas av försäkringen vid sådan mera kvalificerad vårdslöshet som går ut över tredje man, bolaget kan då tills vidare utge bara ett reducerat belopp och hänvisa den skadelidande till att kräva den försäkrade på resten. Men visar sig denne vara insolvent, måste bolaget betala också det resterande beloppet. Vid obligatorisk ansvarsförsäkring kan dock den skadelidande kräva försäkringsbolaget på hela ersättningen. (Se 4:9 2 st.) – Regeln kan tänkas vålla komplikationer när försäkringsbolaget

skall biträda den försäkrade i skadeståndspröcessen; i detta fall har ju bolaget och den försäkrade delvis motsatta intressen

En särskild regel kräver att bolaget skriftligen *reklamerar* när det får kännedom om något förhållande som kan medföra att det vid ett framtida försäkringsfall kan vägra full ersättning; i annat fall kan bolaget förlora rätten att åberopa förhållandet (se närmare 4:10). Reklamationen skall ske till försäkringstagaren och den som annars kan göra anspråk på ersättning; förutsättningen är självfallet att denne kan identifieras.

En ny regel av betydelse är 4:11, angående vissa *omfattningsvillkor*. Den tar sikte på situationen att försäkringsvillkoren innehåller en klausul – i allmänhet en undantagsbestämelse – som just rör sådana situationer som beskrivs i de tvingande reglerna i 4 kap. Bolaget kanske gör undantag för skada på egendom när den inte behandlats med omsorg; det är ju ungefär detsamma som att den försäkrade har vårdslöst framkallat skadan. Eller bolaget undantar stöld av egendom i oläst bil; i själva verket innebär ju detta att bolaget ställer upp en säkerhetsföreskrift att bilen skall vara låst. Om man skall följa undantagens ordalag, så kommer ingen ersättning alls att utgå. Tillämpar man däremot de tvingande reglerna så skall bolaget göra en skälighetsbedömning, och då kanske viss ersättning kommer att betalas. Man har också tidigare menat att försäkringsbolagen inte skall kunna kringgå reglerna om framkallande eller säkerhetsföreskrift genom att ställa upp sådana här undantag; bl.a. förekommer sådana resonemang i motiven till KFL. Men hur gränsen skall dras mellan tillåtna och otillåtna undantag har livligt diskuterats i litteraturen. Meningen med paragrafen är att i någon mån klarlägga rättsläget – fast man kan knappast säga att problemet är löst på detta vis.

Regeln i 4:11 talar nu om fall när en försäkring innehåller försäkringsvillkor som enligt sin lydelse begränsar försäkringens omfatt-

ning; beror begränsningen på att någon åsidosatt sina skyldigheter enligt kapitlet, så skall de tvingande reglerna tillämpas. Det hindrar dock inte en sträng bedömning i vissa fall. Här har bl.a. diskuterats undantag för att den försäkrade kör den försäkrade bilen utan körkort eller i berusat tillstånd. Dessa regler kan uppfattas som säkerhetsföreskrifter, och då skall man tillämpa den tvingande regeln i 4:6; men å andra sidan är förseelsen ofta så allvarlig, att bolaget med tillämpning av denna regel kan vägra att utge någon ersättning alls. Man når då samma resultat som om undantaget hade gällt.

Den väsentliga frågan blir alltså: beskriver villkoret just den situation som den tvingande regeln tar sikte på? Eller innebär undantaget att några andra förhållanden än lagen talar om blir avgörande? Om t.ex. bolaget undantar skada på grund av dåligt underhåll tar det ibland inte sikte på handlande just av den försäkrade; det kan vara naturligt att bolaget över huvud taget undantar risker av detta slag. I så fall skall villkoret tillämpas efter sin lydelse, och bolaget kan vägra ersättning.

Premien

Beträffande premien ger den nya lagen regler som i allt väsentligt motsvarar KFL:s bestämmelser. Det kan emellertid nämnas att enligt en uttrycklig regel premien anses betald när försäkringstagaren lämnat ett betalningsuppdrag angående premien till en bank eller någon liknande betalningsförmedlare(5:5). Regeln motsvarar i stort sett vad som gällt enligt praxis (jfr NJA 1992 s.782).

Försäkringsersättningen

I fråga om försäkringsersättningen innebär lagen vissa förenklingar men inte några större nyheter. Det kan framhållas att det s.k. berikandeförbud som fanns i 39 § GFAL numera har slopats; det finns inget hinder för att bolaget åtar sig utge högre ersättning än skadan

kan värderas till. I praktiken har man ju också gått ifrån detta förbud framför allt genom nyvärdesförsäkringen. I motiven framhålls emellertid att det alltjämt utgör en huvudregel att den försäkrade inte skall vinna på försäkringsfallet; är ett villkor oklart i fråga om ersättningen, bör det ofta tolkas så att den bara skall motsvara den ekonomiska skadan.

När det gäller ersättningens bestämmande, ger lagen en dispositiv regel om återanskaffningsvärdet som motsvarar 37 § GFAL. Man skall vidare bestämma värdet när skadad egendom kan repareras efter samma principer (alltså med avdrag för ålder och bruk m.m.). Det lär dock inte hindra att ägaren också skall få ersättning för värdeminskning på reparerad egendom. Någon bestämmelse om saluvärdet motsvarande nuvarande 38 § GFAL förekommer däremot inte. – Meningen är att värderingsprinciperna närmare skall anges i försäkringsbolagens villkor.

I fråga om underförsäkring och dubbelförsäkring stämmer lagen med KFL, och en regel om räddningskostnader motsvarar i stort sett 53 § GFAL. (Se 6:3-6:5 NFAL.)

Regleringen av försäkringsfall m.m.

Rörande *skaderegleringen* ger lagen regler som i stort sett stämmer med KFL:s bestämmelser. Om den försäkrade eller annan ersättningsberättigad inte följer bolagets föreskrifter om att anmäla försäkringsfall eller medverka till utredningen och det medfört skada för bolaget kan ersättningen nedsättas för den skyldige (se närmare 7:2). Beträffande *preskription* behålls tills vidare reglerna i KFL (7:4), men inom justitiedepartementet pågår en utredning om ändring av reglerna. – När det gäller *postrisken* – alltså risken för att vissa meddelanden till försäkringstagaren fördröjs eller kommer bort utan att det beror på honom – innebär NFAL en reglering som är mera fördelaktig för honom än GFAL. Meddelanden som sannolikt försenats eller för-

kommit får enligt 7:5 inga verkningar förrän en vecka efter det att de kommit fram, utom uppsägning på grund av premiedröjsmål; sådana uppsägningar (som ju inte brukar vara helt oväntade) gäller under alla förhållanden tre månader efter avsändandet. Vid tvist om rätt att teckna eller behålla en försäkring förlängs fristen för försäkringstagaren att väcka talan till sex månader efter det att bolaget sänt meddelande om sitt beslut med motivering (7:6).

NFAL:s regel om *regressrätt* vid skadeförsäkring anknyter till försäkringsbolagens nuvarande villkorspraxis: de skall ha oinskränkt rätt att kräva tillbaka utgiven ersättning för skadan från den skadeståndsansvarige (7:9).

4. Företagsförsäkring

Reglerna om företagsförsäkring i NFAL förekommer i ett särskilt kapitel (8 kap.). Efter att olika lösningar föreslagits under förarbetena till lagen – bl.a. tänkte man sig länge att reglerna skulle vara helt dispositiva – har lagstiftaren slutligen föredragit att i stora drag anknyta till bestämmelserna i GFAL; vissa jämkningar har dock skett till försäkringstagarens förmån (något som väckt en del bekymmer hos praktikerna). – Ståndpunkten kan tyckas konservativ – skulle detta vara enda resultatet av allt långvarigt utredande om frågorna? Men främsta skälet har varit att småföretagarna alltjämt borde skyddas genom tvingande regler. Att införa avtalsfrihet har ansetts vara alltför riskabelt och skulle dessutom gå tvärt emot statsmakternas allmänna inställning när det gällde småföretagen. För egen del menar jag att en översyn av företagsförsäkringsreglerna nog kan vara motiverad, i varje fall när man fått litet erfarenhet hur NFAL:s bestämmelser fungerar på området.

I fortsättningen skall bara beröras sådana ändringar av någon betydelse som skett i förhållande till GFAL:s bestämmelser.

Information

En nyhet i NFAL är att regler om information införts också på detta område. Här hänvisas till bestämmelserna om konsumentförsäkring, dock med tillägget att de skall tillämpas om det inte kan antas att kunden saknar behov av informationen (8:1). I varje fall om företagaren på fråga förklarar att han kan klara sig utan information (eller bara med information i visst avseende) bör försäkringsbolaget kunna rätta sig efter detta. Även i övrigt är det naturligt att informationen anpassas till de större erfarenheter och kunskaper man kan förutsätta hos en företagare. – Det bör framhållas att bolaget bara riskerar marknadsrättsliga påföljder av bristfällig information (8:2, 8:3); den stränga civilrättsliga påföljden att man bortser från villkor som inte särskilt framhållits har ingen motsvarighet vid företagsförsäkring.

Försäkringstid m.m.

Reglerna om försäkringstid och tiden för försäkringsbolagets ansvar är dispositiva vid företagsförsäkring och stämmer i stort sett med gällande rätt (8:4). Någon kontraheringsplikt förekommer inte på företagsförsäkrings område. I diskussionen har man framhållit att åtskilliga småföretagare har svårt att få skydd bl. a. mot rån och stöld och att därför en rätt till försäkring borde införas. Enligt en departementspromemoria som lagts fram våren 2005 anses dock inte skälen för detta vara tillräckligt starka; även om man skulle införa samma regel som vid konsumentförsäkring skulle försäkringsbolagen ha möjlighet att vägra försäkring eller höja premierna t.ex. när stöldrisken är större än vanligt. Nyttan för företagen skulle alltså bli begränsad.

I fråga om försäkringstagarens rätt till uppsägning i förtid av avtalet innehåller lagen vissa dispositiva regler som stämmer med vad som gäller för konsumentförsäkring (8:5). Försäkringsbolagets motsvarande uppsägningsrätt regleras däremot genom en tvingan-

de regel, som kräver väsentligt kontraktsbrott på motsidan eller en oförutsedd ändring av ett i villkoren angivet förhållande av väsentlig betydelse för risken (8:6). Att märka är att inträffad skada inte utgör något självständigt skäl för förtida uppsägning enligt lagen; här skiljer den sig från GFAL, som tillåter att en sådan uppsägningsgrund tas in i villkoren. Om skadan beror på ett väsentligt kontraktsbrott eller innebär en tillräckligt betydande riskändring kan däremot uppsägning ske.

När förtida uppsägning är möjlig, har försäkringsbolaget rätt att i stället ändra villkoren under försäkringstiden.

Begränsning av försäkringsbolagets ansvar

Bestämmelserna om *upplysningsplikten* vid företagsförsäkring stämmer i stort sett med GFAL:s reglering. Försäkringsbolaget kan alltså välja mellan prorataregeln och kausalitetsregeln (8:9). Förutsättning för att ersättningen skall nedsättas är oaktsamhet på försäkringstagarens sida. Försäkringstagarens skyldighet att spontant lämna upplysningar om sina förhållanden, utan frågor från bolagets sida, är numera inskränkt till vad som är av uppenbar betydelse för riskbedömningen (8:8, jfr däremot 7 § GFAL).

Lagens bestämmelse om vad som nu kallas *riskökning* (8:10) stämmer i stort sett med GFAL:s fareökningsregler, bortsett från anmälningsplikten lagts på försäkringstagaren, inte på den försäkrade. Liksom när det gällde konsumentförsäkring har ansetts att sådana skyldigheter bör läggas på den som slutit försäkringsavtalet och kan antas ha tagit del av detta. Förhållandet bör observeras när försäkringstagaren försäkrat annans egendom.

I fråga om *framkallande av försäkringsfall* är lagens bestämmelser liksom i GFAL såtillvida dispositiva som bolaget får föreskriva ansvarsfrihet också vid vanlig vårdslöshet (även om den är ringa). Liksom vid konsumentförsäkring likställs med grov vårdslös-

het medveten oaktsamhet som medför en betydande risk för att skada skall inträffa (11 §). – När det gäller *säkerhetsföreskrifter* motsvarar NFAL:s regel (8:12) väsentligen bestämmelsen i GFAL (51 §), och detsamma kan sägas om räddningsplikten (8:13). Beträffande *identifikation* innehåller 8:14 en dispositiv regel, som innebär att den försäkrade svarar för handlande av hans anställda i ledande ställning inom företaget eller på platsen. Kretsen kan emellertid utvidgas enligt försäkringsvillkoren (dock inte när det gäller brott mot säkerhetsföreskrifter, där den försäkrade liksom tidigare bara svarar för den som haft tillsyn över att föreskrifterna följs).

Försäkringsbolaget har motsvarande *reklamationsplikt* som nämnts på tal om konsumentförsäkringen – alltså rörande förhållanden som kan medföra ansvarsbegränsning vid ett eventuellt försäkringsfall (se 8:16 1 st.).

När det gäller *omfattningsvillkor* har på Lagrådets förslag införts en motsvarande regel som behandlades i avsnittet om konsumentförsäkring. I 8:16 2 st. hänvisas till 4:11 (se ovan). Det innebär att man beträffande tvingande regler vid företagsförsäkring får göra en liknande prövning som när det gällde konsumentförsäkring: gäller undantaget just den situation som den tvingande regeln behandlar? Läget är dock inte helt detsamma, eftersom ju reglerna om framkallande av försäkringsfall är dispositiva i 8 kap. Det innebär att försäkringsbolaget fritt kan undanta t.ex. skada på egendom som inte behandlats med omsorg, eller skada som den försäkrade borde ha förutsett.

Premien

I fråga om premien liknar bestämmelsen i 8:17 delvis reglerna i GFAL. Försäkringen kan uppsägas vid dröjsmål som inte är av ringa betydelse, och den får verkan efter tre dagar; vid dröjsmål med senare premie än den första upphör dock försäkringen att gälla först sju dagar efter det att bolaget sänt påminnelse

om premiens förfallodag till försäkringstagaren. Påföljden är alltså förtida uppsägning, men däremot sägs inget om fallet då villkoren föreskriver att ansvaret suspenderas tills premien betalas men sedan åter gäller (jfr 14 § 2 st. GFAL, som avser också sådana förbehåll). Sådana suspensionsklausuler får antas i princip vara tillåtna; de lär dock kunna jämkas med tillämpning av 36 § avtalslagen, om de leder till oskäligt resultat. Lagen utgår från att försäkringsbolagen också i fortsättningen ger påminnelser om förfallodagen. – Förbehåll att försäkringen börjar gälla först när premien betalas kan användas och får enligt Lagrådet tolkas strikt (jfr däremot 14 § 1 st. GFAL).

Försäkringsersättning m.m.

Reglerna om försäkringsersättning hänvisar i stort sett till kapitlet om konsumentförsäkring. Det innebär att reglerna om *dubbelförsäkring*, som stämmer med KFL:s bestämmelser, numera är tvingande. Försäkringsbolagen kan sålunda inte göra sitt ansvar beroende av att visst intresse hålls oförsäkrat (se angående äldre rätt 43 § 3 st. GFAL). Vill försäkringsbolagen motarbeta slarv och nonchalans hos de försäkrade får man använda sig av mindre stränga klausuler.

När det gäller regleringen av försäkringsfall hänvisas till bestämmelserna om konsumentförsäkring.

I övrigt innebär de nya reglerna om företagsförsäkring inga ändringar av vikt i förhållande till äldre rätt.

5. Tredje mans rätt enligt försäkringsavtalet

Försäkring av tredje mans intresse

Reglerna i NFAL om försäkring av tredje mans intresse (9:1-9:6) innebär inga större sakliga nyheter; de är för övrigt väsentligen dispositiva, liksom enligt GFAL. De är emellertid utformade på annat sätt än tidigare. När det gäller försäkringar som avser värdet av en

fastighet eller en fast eller lös sak räknar de upp vilka personkategorier som är försäkrade: försäkringstagaren (vilket har betydelse när någon annan än ägaren försäkrar egendomen), den som har en äganderätt, tomträtt eller säkerhetsrätt till egendomen (dock inte sjö- eller luftpanträtt), och den som annars bär risken för egendomen i samband med dess överlåtelse (se 9:1). Vill man att försäkringen skall gälla till förmån för några andra (t.ex. en hyresgäst med särskilt billig hyra) får de alltså nämnas särskilt i villkoren, eller också får de försäkra sitt intresse själv. – Regeln är tvingande till förmån för dem som har förmånsrätt i fast egendom eller tomträtt.

Vid överlåtelse av egendom till en konsument gäller enligt en tvingande regel i 7:2 försäkringen ändå under sju dagar efter riskens övergång till förmån för förvärvaren (om inte dennes skada omfattas av någon annan försäkring på egendomen).

På samma sätt som enligt 87 § GFAL anses försäkringstagarens brott mot upplysningsplikten gå ut över andra försäkrade, dock inte över borgenärer som har förmånsrätt i fastighet eller tomträtt. Detsamma gäller brott mot skyldighet att anmäla riskökning. (Se närmare 9:3.) – När flera borgenärer konkurrerar om ersättningen skall företräde ges åt borgenärer med denna förmånsrätt. Deras rätt framgår närmare av en ny lag om säkerhetsrätt i försäkringsersättning, vilken ersätter 1927 års lag om rätt för borgenär till betalning ur ersättning på grund av brandförsäkringsavtal (i stort sett med samma innehåll i sak).

Ansvarsförsäkring

I fråga om ansvarsförsäkring gäller enligt 9:7 den nyheten, att den skadelidande har rätt att kräva försäkringsbolaget direkt i vissa fall. Sådana s.k. direktkrav var livligt omdiskuterade under lagstiftningsarbetet; man tänkte sig länge att möjligheten till direktkrav skulle vara generell, men från branschens sida motsatte man sig detta, och nu gäller reglerna bara

i vissa speciella situationer: när det är fråga om obligatorisk försäkring, när den försäkrade är försatt i konkurs (eller offentligt ackord fastställt), när den försäkrade är en upplöst juridisk person eller när annars försäkringsbolaget har ett subsidiärt ansvar mot den skadelidande (se ovan om 4:9 2 st.). Sådana direktkrav får särskilt värde för den skadelidande efter den försäkrades konkurs, då han inte riskerar att få konkurrera med övriga borgenärer med sitt krav. Den försäkrade och försäkringsbolaget är båda skyldiga att efter förfrågan av den skadelidande ge honom upplysning om ansvarsförsäkringen.

En särskild bestämmelse har införts om situationen när inte försäkringsbeloppet vid ansvarsförsäkring räcker till för alla skadelidande. Försäkringsersättningen skall då beräknas i proportion till varje skadelidandes berättigade anspråk; om försäkringsbolaget betalar ut ett för stort belopp utan hänsyn till att flera skador kan anmälas, ansvarar det i princip mot de nya skadelidande så att också dessa får ersättning i förhållande till sina anspråk. Bolaget har dock rätt till återkrav mot den försäkrade. (Se närmare 9:9.)

6. Personförsäkring

Reglerna om personförsäkring i NFAL innebär flera väsentliga nyheter än skadeförsäkringsreglerna. Avsikten är som sagt att stärka försäkringstagarnas rättsställning så att den blir jämförlig med konsumentens ställning vid konsumentförsäkring. Reglerna är delvis gemensamma för liv-, sjuk- och olycksfallsförsäkring; åtskilliga viktiga särbestämmelser handlar dock bara om livförsäkring.

Information

I fråga om information innehåller den nya lagen regler i 10 kap. som i det väsentliga motsvarar vad som gäller vid konsumentförsäkring, även om naturligtvis informationen delvis tar sikte på andra frågor; bl.a. skall

kundens försäkringsbehov och val av försäkring ägnas större uppmärksamhet. Liksom vid konsumentförsäkring skall försäkringsbolaget efter avtalslutet ge försäkringstagaren en skriftlig bekräftelse på avtalet, där vissa villkor skall särskilt framhållas på samma sätt som enligt 2:4, och detsamma gäller vid villkorsändring som innebär nya begränsningar av försäkringsskyddet (se närmare 10:4, 10:6). Underlåtenhet att följa denna regel medför ett civilrättsligt ansvar av samma slag som beskrivits på tal om 2 kap.; följden blir alltså att bolaget inte kan åberopa det aktuella villkoret, och rättelsemöjligheterna är som sagt begränsade. – Angående försäkringsfall förekommer en särskild föreskrift om information till försäkringstagaren och andra som har anspråk mot bolaget, och om bolaget får kännedom om försäkringsfall som utgörs av försäkringstagarens död skall det genast underrätta dödsboet (10:7).

Rätten till försäkring

Beträffande försäkringsbolagets kontraheeringsplikt ges nu en regel liknande den vid konsumentförsäkring (11:1). Bolaget får som huvudregel inte vägra någon att teckna en sådan personförsäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten när bolaget fått de uppgifter som behövs; undantag gäller dock om det finns särskilda skäl att vägra med hänsyn till risken för framtida försäkringsfall, den avsedda försäkringens art eller annan omständighet. Ett avslag får inte grundas på att ett försäkringsfall inträffat efter det att ansökan gjorts, och sådana försäkringsvillkor som beror av den försäkrades hälsotillstånd skall bestämmas på grundval av hälsotillståndet vid ansökan. Att märka är alltså att bolaget kan beakta den förhöjda risk för försäkringsfall som framgår av lämnade uppgifter, t.ex. om tidigare sjukdomar; bolaget kan på grund av sådana upplysningar kräva högre premie än normalt och ta in särskilda undantag för sjukdomar etc., förutsatt att det stämmer med

bolagets normala praxis. Vägran att ge den försäkring som begärts skall motiveras, och kunden kan påkalla domstolsprövning av försäkringsbolagets beslut (jfr 16:7). – När det sagts att lagen ger t.ex. sjuka, handikappade eller barn med risk för ärftliga sjukdomar en rätt till försäkring innebär detta alltså en sanning med modifikation; lagen hindrar negativa beslut som är godtyckliga eller otillräckligt underbyggda, och det ger de allra flesta en möjlighet till visst försäkringsskydd, men bolagets beslut skall respekteras om de är tillräckligt försäkringstekniskt motiverade.

Ett undantag gäller för försäkring som någon tecknar i egenskap av näringsidkare till förmån för sitt företag (t.ex. kompanjonförsäkringar). Här föreligger ingen rätt till försäkring.

Liksom vid konsumentförsäkring har försäkringstagaren också en viss rätt att få försäkringen *förnyad*, om det gäller försäkringar på viss tid. Skyddet är konstruerat i stort sett på samma vis som för konsumenter. Försäkringsbolaget får säga upp försäkringen till försäkringstidens utgång (tidigast sex månader och senast en månad före denna tidpunkt) med en förfrågan om försäkringstagaren vill ha den förnyad; begär försäkringstagaren detta, kan bolaget vägra bara på grund av sådana särskilda skäl som nyss angavs. Bolaget kan alltså beakta den försäkrades hälsotillstånd vid förnyelsetillfället och eventuellt höja premien om risken ökat. Sägs inte försäkringen upp, förnyas den på ett år om inte annat avtalas; försäkringsbolaget får då ändra villkoren så att den stämmer med bolagets praxis i motsvarande fall (11:4).

Försäkringstiden m.m.

Rörande försäkringstiden föreskrivs att en personförsäkring får avtalas på bestämd tid (om ingen tid anges, ett år) eller på den försäkrades livstid. Ansvaret inträder dagen efter den då försäkringstagaren ansökte om försäkringen eller mottog ett anbud från bolaget,

förutsatt att det gäller försäkring meddelad på normala villkor eller sådana särskilda villkor som angetts i ansökan. Det innebär att försäkringsskydd inträder vid den angivna dagen, under förutsättning att bolaget beviljar försäkring efter en prövning på grundval av bl.a. den försäkrades hälsotillstånd (se ovan). Har bolaget särskilda skäl att vägra, utgår ingen ersättning. Innebär bolagets praxis att en försäkring skulle ha meddelats fast på mindre gynnsamma villkor än kunden begärt, får man troligen anse att ett försäkringsskydd föreligger enligt sådana villkor; ansökan skulle i allmänhet uppfattas så att kunden vill ha den bästa försäkring som bolaget kunnat meddela under angivna förhållanden.

Beträffande *uppsägning* gäller att försäkringstagaren har en oinskränkt rätt att säga upp försäkringen till upphörande, genast eller vid viss framtida tidpunkt (11:5). Om inte annat följer av försäkringens art kan han också få fribrev eller få den återköpt av försäkringsbolaget (i den utsträckning det är tillåtet enligt skattelagstiftningen). Efter återköp har han enligt en dispositiv regel rätt att utan ny hälsoprövning fortsätta försäkringen som ren riskförsäkring (11:6). – Försäkringsbolaget får å sin sida förbehålla sig rätt att vid slutet av en premieperiod säga upp eller ändra en sjuk- eller olycksfallsförsäkring eller ändra en livförsäkring, under förutsättning att förbehållet ”behövs på grund av försäkringens art eller annan särskild omständighet”. Det skall alltså finnas vägande försäkringstekniska skäl för förbehållet. Exempel är förbehåll för att förhindra överförsäkring vid sjukförsäkring eller för att anpassa en livförsäkring efter den försäkrades övergång till ett farligare yrke. Uppsägningen eller ändringen får dock inte grundas på att försäkringsfall inträffat eller att den försäkrades hälsa försämrats – sådant kan beaktas i samband med förnyelse men inte under försäkringstiden. (Se 11:7.)

Beträffande försäkringsbolagets konkurs m.m. ges i stort sett samma regler som tidigare

gällt (11:8-11:10); vid likvidation är avsikten att en livförsäkring om möjligt skall gälla fast hos ett annat försäkringsbolag.

Slutligen ges en allmän regel om att försäkringsbolaget skall ställa försäkringens värde till försäkringstagarens förfogande, när den upphör att gälla. Har bolaget annars på grund av dröjsmål med premiebetalningen varit fritt från ansvar under någon del av försäkringstiden skall premien anpassas efter detta (11:11).

Begränsningar av försäkringsbolagets ansvar

I fråga om påföljden av brott mot biförpliktelser skall delvis liknande regler tillämpas som tidigare.

Upplýsningsplikten innebär vid personförsäkring bara att försäkringstagaren har att besvara försäkringsbolagets frågor (här bortses från svikligt förtigande eller förfarande i strid mot tro och heder, vilket medför att försäkringsavtalet blir ogiltigt, se 12:2 1 st.). Vid brott mot upplýsningsplikten tillämpas prorataregeln (12:2 2 st.). I den mån detta leder till resultat som är oskäligen mot försäkringstagaren eller hans rättsinnehavare får dock inte regeln tillämpas (se 12:2 3 st.). Regeln är avsedd bara för speciella undantagssituationer; det är klart att en efterlevande i regel inte rör för om den avlidne lämnat felaktiga uppgifter, men det räcker inte för att åberopa bestämmelsen.

I det ganska vanliga fall då de bristfälliga upplýsningarna upptäcks *innan* något försäkringsfall inträffat, föreskrivs en speciell ordning. Bolaget får skriftligen säga upp försäkringen för upphörande eller ändring med tre månaders uppsägningstid; om försäkringsbolaget även med kännedom om förhållandena hade kunnat meddela försäkring mot högre premie eller annars på andra villkor än de avtalade, har försäkringstagaren rätt att på begäran få fortsatt försäkring i enlighet med detta. Uppsägningen skall innehålla meddelande om denna möjlighet för försäkrings-

tagaren. – Liksom annars gäller att brott mot upplysningsplikten inte får åberopas om försäkringsbolaget inte var i god tro eller om upplysningarna saknade eller sedermera mist sin betydelse för avtalets innehåll (12:4 1 st.)

En viktig ny begränsning av kontraktets verkningar vid livförsäkring för dödsfall är vidare den s.k. oantastbarhetsregeln (12:4 2 st.): bolaget får åberopa brott mot upplysningsplikten bara om dödsfallet inträffat eller bolaget reklamerat inom fem år från det att upplysningarna lämnades (dock inte vid svek eller ohederligt förfarande av den försäkrade).

En särskild bestämmelse gäller symtomklausuler och andra undantag för sjukdomar och kroppsfel som den försäkrade hade när avtalet ingicks. Sådana undantag, som sätter reglerna om upplysningsplikt ur spel, får naturligtvis grundas på uppgifter som försäkringsbolaget har inhämtat. Men i övrigt är de tillåtna bara när de ”behövs på grund av försäkringens art eller någon annan särskild omständighet”. Bolaget får alltså åberopa vägande försäkringstekniska skäl för att klausulen skall godtas. Ett exempel är sådana barnförsäkringar där undantag av denna typ framstår som nödvändiga för att försäkringen skall kunna meddelas. – I övrigt får bolaget försöka komma till rätt med risker av denna typ med hjälp av upplysningsplikten.

Ett par speciella regler handlar om *riskökning*. Om bolaget förbehåller sig ansvarsfrihet när den försäkrade deltar i vissa farliga verksamheter eller liknande, ansvarar det ändå för försäkringsfall som har tidsmässigt samband med verksamheten men inte sammanhänger med den särskilda risken (12:6). När deltagande i boxning undantagits halkar t.ex. den försäkrade och skadas på väg in i ringen. – Försäkringsbolaget får vidare göra försäkringsskyddet beroende av den försäkrades levnadsförhållanden (t.ex. hans yrkesverksamhet) och ålägga honom en anmälningsplikt vid ändringar i förhållandena; försummar han uppsåtligt eller med ej ringa oaktsamhet att

anmäla ändringen begränsas bolagets ansvar enligt prorataregeln. Förbehållet kräver dock vägande försäkringstekniska skäl och får inte avse försämring av den försäkrades hälsotillstånd (12:7).

Beträffande *framkallande av försäkringsfallet* gäller liksom tidigare en särskild regel om självmord vid livförsäkring, numera något förmånligare för de efterlevande: försäkringsbolaget ansvarar om det gått mer än ett år från försäkringsavtalets ingående eller, vid kortare tid, om det måste antas att försäkringens tecknades utan tanke på självmordet. (Se 12:8 2 st.) Förnyelse räknas inte som nytt avtal, inte heller återupplivande av försäkringen efter uppsägning på grund av premiedröjsmål (jfr nedan om 13:3). – När det gäller övriga personförsäkringar svarar bolaget inte vid uppsåtligt framkallande, och vid grov vårdslöshet (och därmed jämställd medveten vårdslöshet) kan ersättningen nedsättas efter skälighet. (Se 12:9; märk undantag för underåriga och psykiskt störda i 12:8 3 st. och 12:9 3 st.). Liksom idag undantas handlande i nödsituationer (12:10). – Några regler om brott mot säkerhetsföreskrifter förekommer inte för personförsäkringens del.

På samma sätt som vid konsumentförsäkring krävs att försäkringsbolaget skriftligen *reklamerar*, om det får kännedom om något förhållande som vid kommande försäkringsfall kan medföra ansvarsfrihet eller uppsägningsrätt; meddelande skall ske också till panthavare och förmånstagare med oåterkalleligt förordnande (12:11; märk undantag för svek m.m. i 3 st.).

På motsvarande sätt som vid konsument- och företagsförsäkring har i lagen tagits in en regel som skall förebygga att de tvingande bestämmelserna kringgås genom *omfattningsvillkor* (12:12). Bolaget kan t.ex. inte undanta från sjukförsäkringen sådana smittsamma sjukdomar som den försäkrade ådrar sig genom vård av smittade personer – däremot vissa sjukdomar över huvud taget. Bestäm-

melsen hindrar dock inte att villkoren från olycksfallsförsäkring utesluter skador som den försäkrade ådrar sig uppsåtligen; det ligger ju i begreppet olycksfall att skadan inte skall ha uppkommit med den försäkrades avsikt.

Premien

Beträffande premien stämmer reglerna väsentligen med bestämmelserna om konsumentförsäkring, utom på en punkt: i enlighet med vissa försäkringsvillkor medger lagen att försäkringen kan *återupplivas* efter uppsägning på grund av försäkringsdröjsmål. Förutsättningen är att utestående premiebelopp betalas inom tre månader från den tidpunkt då uppsägningen fått verkan. Återupplivning kan också ske sedan försäkringstagaren fått fribrev, om han ångrar sig inom tre månader (13:3). Genom att fristen satts så pass kort har man antagit att risken för missbruk bör vara begränsad. – Också den försäkrade, en panthavare eller en förmånstagare med oåterkalleligt förordnande kan begära att få meddelande om att försäkringen uppsagts på grund av utebliven premie; försummar bolaget att sända sådant meddelande, kan det inte åberopa dröjsmålet mot personen i fråga. (Se 13:4.)

Förfogande över försäkringen

Rörande förmånstagarförordnande och annat förfogande över försäkringen anknyter lagen i stora delar till tidigare regler, även om de disponerats på annat sätt i 14 kap. De viktigaste nyheterna är följande.

Enligt 14:3 skall *förmånstagarförordnande*, liksom återkallelse och ändring av sådant förordnande, göras genom ett egenhändigt undertecknat skriftligt meddelande till försäkringsbolaget. Det går också att ta in ett sådant förordnande i försäkringsvillkoren (fast detta förlorar sin verkan om försäkringstagaren gör ett skriftligt förordnande). Däremot går det inte som tidigare att muntligen meddela försäkringsbolaget om förordnandet för anteckning i försäkringsbrevet; detta har inte

ansetts ge tillräckliga garantier för att förordnandet stämmer med försäkringstagarens avsikt. Man skall alltså inte kunna göra förmånstagarförordnande genom testamente. Förordnandet kan göras oåterkalleligt på samma sätt som tidigare, det skall kunna jämkas liksom i dag, och saknas förmånstagarförordnande skall försäkringen alltså ingå i den försäkrades kvarlåtenskap. Vissa regler om tolkning av förmånstagarförordnande (14:4-6) stämmer i stort sett med vad som gäller nu.

Försäkringstagaren skall liksom i dag ha rätt att också *på annat sätt förfoga över försäkringen* – t.ex. genom överlåtelse eller pantsättning. Försäkringsbolaget kan dock i villkoren förbjuda förfoganden som bara avser försäkringens riskdel eller bara avser dess spardel (14:9). När det gäller rättsverkningarna av ett förfogande har lagstiftaren tvekat om man alltså skall behandla försäkringsbrevet som ett värdepapper, något som medför att dess överlämnande får verkan i förhållande till tredje man, eller i stället låta det avgörande vara ett meddelande ("denuntiation") till försäkringsbolaget; bara på detta vis skulle förvärvaren få ett skydd t.ex. mot borgenärer. Även om denuntiationssystemet ansetts ha framtiden för sig har man inte velat avskaffa värdepapperssystemet, med de praktiska problem detta skulle medföra; i stället skall försäkringsbolagen få välja, om ett försäkringsbrev skall ha karaktären av värdepapper eller ej. Det får bl.a. betydelse om försäkringen överlåtits till flera: är försäkringsbrevet ett värdepapper skyddas förvärvaren, om han är i god tro, men i annat fall får han bara behålla försäkringen om han hinner meddela försäkringsbolaget före konkurrenten och vid meddelandet är i god tro (se 14:10). Lösningen stämmer med de allmänna principer som kommit till uttryck i 1936 års skuldebrevslag. (En liknande skillnad gäller i fråga om skyddet mot överlåtarens borgenärer, se nedan om 15:2.) – Efter pantsättning har panthavaren rätt att oavsett om pantfordran är förfallen till

betalning få ut så mycket av utfallande belopp från försäkringen som motsvarar pantfordran. Han kan också kräva återköp av försäkringen, dock bara om han först meddelat försäkringstagaren och denne inte inom två månader återlöst panten. Andra sätt att realisera panten skall inte vara möjliga (se 14:13).

Förhållandet till borgenärerna

NFAL ger i flera avseenden ett starkare skydd för försäkringstagaren och hans rättssinnehavare mot utmätning m.m.

Allmänt gäller, att ett förmånstagarförordnande som kan återkallas inte hindrar att försäkringen utmäts för försäkringstagarens skulder, om fordringen uppkommit före försäkringsfallet; en förutsättning är dock att den inte kan betalas ur försäkringstagarens förmögenhet eller kvarlåtenskap (se 15:2 1 st.). Däremot ger överlåtelse, pantsättning eller ett oåterkalleligt förordnande ett skydd mot försäkringstagarens borgenärer, enligt motsvarande regler som gäller i fråga om dubbelöverlåtelse (se ovan), Har försäkringsbrevet värdepapperskaraktär, inträder alltså skyddet så snart förvärvaren etc. får försäkringsbrevet i sin besittning, medan han i annat fall är skyddad sedan ett meddelande om förfogandet kommit in till försäkringsbolaget (15:2 2 st.). Tre år efter det att förmånstagarrens rätt inträdde är han under alla förhållanden skyddad (15:2 3 st.).

Särskilda regler motsvarande 116 § GFAL ges om utmätning av livförsäkring för försäkringstagarens skulder innan något försäkringsfall inträffat. Tanken är liksom nu att försäkringar på försäkringstagarens eller hans makes (eller sambos) liv skall vara skyddade om premiebetalningen är fördelad någorlunda jämnt i tiden; då framstår försäkringen som ett sparande eller ett skydd för efterlevande i händelse av dödsfall. Vad som krävs i detta avseende avviker något från vad som gäller enligt GFAL:s regler. (Se närmare 15:3, som skiljer mellan dels tidsbegränsad försäkring

som endast avser dödsfall, dels annan kapitalförsäkring inklusive fondförsäkring, dels livränteförsäkring.) Det utmättningsbara beloppet ändras i proportion till ändringarna i prisbasbeloppet. – Om värdet till en utmättningsfri försäkring flyttas över till en annan försäkring hos samma eller annat försäkringsbolag blir också den nya försäkringen utmättningsfri i samma utsträckning (15:4).

När det gäller skyddet för livförsäkringen och för utfallande belopp *efter* försäkringsfallet blir det avgörande numera mottagarens försörjningsbehov. Utmätning för försäkringstagarens skulder får inte ske i den mån ersättningen tillfaller någon som själv behöver den för sin försörjning eller för en underhållsskyldighet. Är detta någon annan än den försäkrade, krävs dock att den försäkrade försörjt eller varit skyldig att försörja den berättigade. Beloppet skall alltså ha tillfallit t.ex. make eller barn som han enligt lag skulle försörja, eller en sambo som han faktiskt försörjt. (Vid ersättning i form av livränta omfattar dock utmättningsförbudet bara själva livräntan, inte utfallande belopp.) – Oavsett dessa begränsningar gäller emellertid under alla förhållanden viss utmättningsfrihet för vad som tillfaller den försäkrades make (sambo) eller barn under 25 år; från utmätning skall undantas ett sammanlagt försäkringsbelopp som motsvarar sex prisbasbelopp för dödsåret. (Se 15:5.)

Om en arbetsgivare tecknar försäkring på en anställds liv utan att det sker till förmån för den anställde själv, är försäkringen jämte utfallande ersättning i princip skyddad mot utmätning för arbetsgivarens skulder (se 15:7).

Viss möjlighet ges att *återkräva erlagda premier* från försäkringsbolaget eller en förmånstagarare i händelse av försäkringstagarens konkurs m.m. Reglerna motsvarar till stor del 117 § GFAL, men skyddet för förmånstagararen utvidgas något när det gäller återkrav. Sålunda är han skyddad om ersättningen uppburits minst sex månader före den fristdag som gäller enligt 14:2 konkurslagen, och åter-

kravet kan undantagsvis jämkas. – Förmånstagare med oåterkalleligt förordnande är under alla förhållandena skyddad.

Hittills har talats om utmätning av livförsäkring för *försäkringstagarens* skulder. När det gäller utmätning för den *berättigades* skulder gäller samma skydd efter försäkringsfallet; försörjningssynpunkten skall alltså bli avgörande också i detta läge (se 15:9 1 st.). Här sker alltså en viktig utvidgning av den nuvarande utmätningens friheten. Men förutsättningen är att det utbetalade försäkringsbeloppet hålls avskilt – går det in i den berättigades förmögenhet gäller inte skyddet längre. Och två år från den tidpunkt då beloppet skulle betalas får också vad som hålls avskilt utmätas, dock inte om det behövs för hans försörjning eller för fullgörandet av underhållsskyldighet (15:9 2 st.).

Särskilda regler ges i 15:10 om utmätning vid *sjuk- och olycksfallsförsäkring*. Ersättning som tillfaller den försäkrade får inte utmätas alls för försäkringstagarens eller den försäkrades skulder; beträffande livränta gäller dock även detta förbud bara själva livräntan, inte utfallande belopp. Även här krävs emellertid att beloppet hålls avskilt, på samma sätt som då det gällde livförsäkring (se ovan).

Reglering av försäkringsfall m.m.

I fråga om reglering av försäkringsfall stämmer bestämmelserna om personförsäkring mestadels med reglerna om konsumentförsäkring. En särskild regel ges dock om utbetalning till fel person, något som kan väntas få större betydelse här än vid skadeförsäkring. Om försäkringsbolaget betalat ut försäkringsersättning till någon som man felaktigt trott vara förmånstagare, är bolaget befriat från sin skuld ifall skäligen aktsamhet har iakttagits; den rätte mottagaren kan alltså inte kräva bolaget på beloppet, utan han får vända sig mot den som fått ut ersättningen. Ett undantag gäller dock om utbetalningen grundat sig på en handling med vissa kvalificerade fall: den har

varit förfalskad, tillkommit under allvarligt tvång, utfärdats av någon omyndig, någon psykiskt störd eller någon som stod under förvaltare enligt föräldrabalken. (Se 16:2.) – I fråga om *regressrätt* innebär NFAL, att återkrav är möjliga bara beträffande ersättning som motsvarar verkliga kostnader eller förluster för den försäkrade – alltså inte vid summaförsäkring (se 16:10).

7. Gruppförsäkring

När det gäller kollektiv försäkring – gruppförsäkring och ka-försäkring – saknar som sagt NFAL:s bestämmelser varje motsvarighet i KFL eller NFAL. Alla regler framstår alltså som nyheter, om också de avsett att nära anknyta till försäkringsbolagens praxis. Här kan bara anges vissa huvuddrag i bestämmelserna; rörande detaljer hänvisas till lagtexten.

Allmänt

Lagen skiljer mellan kollektiv skadeförsäkring och kollektiv gruppförsäkring, vilka behandlas i olika kapitel. Den praktiskt viktigaste försäkringsformen är emellertid kollektiv personförsäkring, och den fortsatta redogörelsen koncentrerar sig på dess regler – till en början 19 kap., om grupppersonförsäkring. Bestämmelserna stämmer till stor del med reglerna om grupp-skadeförsäkring i 17 kap.

Förutsättning för gruppförsäkring är att den gäller en bestämd grupp personer (se 1:4). Gruppen kan i övrigt se ut hur som helst, här får försäkringsbolaget avgöra vad som är försäkringstekniskt lämpligt. Att samma grupp försäkras hos olika bolag hindrar inte att det föreligger en gruppförsäkring – varje bolag ansvarar då i förhållande till den del av gruppen som bolaget försäkrat (19:1 2 st.).

NFAL gör skillnad mellan *gruppavtalet*, som sluts mellan försäkringsbolaget och en representant för gruppen (t.ex. en arbetsgivare, en föreningsrepresentant), och själva *försäkringsavtalet*, som bygger på gruppavtalet.

Gruppavtalet regleras inte i lagen; det följer allmänna kontraktsrättsliga principer. Lagens bestämmelser behandlar bara förhållandet mellan försäkringsbolaget å ena sidan, försäkringstagaren och de försäkrade å andra sidan.

Lagen skiljer här mellan *frivillig* grupp-försäkring, där gruppmedlemmen ansluter sig genom anmälan eller ibland genom att inte avböja försäkringen (reservationsanslutning), och *obligatorisk* försäkring, där gruppmedlemmarna utan eget ställningstagande blir anslutna till försäkringen på grund av gruppavtalet (se 19:1 1 st.). Vid frivillig försäkring anses gruppmedlemmen som försäkringstagare; vid obligatorisk försäkring är detta gruppens företrädare, och de enskilda medlemmarna ådrar sig inga förpliktelser i förhållande till bolaget (se 19:3). Försäkrade är dels gruppmedlemmen, dels – om det sägs i avtalet – andra med särskild anknytning till medlemmen, i allmänhet närstående. När försäkringen gäller på dessa personers hälsa eller liv har de samma rätt att förfoga över sin försäkring och samma rätt till försäkringsersättning som en försäkringstagare; de kan t.ex. göra ett eget förmånstagarförordnande. – Gruppavtalet kan ibland ge utrymme för enskilda gruppmedlemmar att välja mellan olika utformningar av försäkringen, t.ex. mellan olika storlek på förmånerna; det utgör inget hinder för att grupp-försäkring anses föreligga.

Grupp-företrädaren

Något bör här sägas om grupp-företrädaren (ibland kallad ”grupp-föreståndare”, särskilt när han uppträder som mellanhand mellan försäkringsbolaget och gruppen under försäkringstiden). Han behöver inte ha fullmakt för gruppen att sluta avtal eller att i fortsättningen företräda denna. Man kan säga att gruppavtalet är en sorts tredjemansavtal: det kan grunda rättigheter men inte förpliktelser för dem som inte deltar. Själva gruppavtalet ingår grupp-företrädaren till förmån för gruppen utan att på något sätt förplikta denna; det är först genom

att ansluta sig till försäkringen som gruppmedlemmarna ådrar sig några skyldigheter, t.ex. att betala premien. Han kan företräda gruppen i flera olika egenskaper – det kan som sagt vara en arbetsgivare eller en representant för en förening vars medlemmar skall försäkras, men det kan också vara t.ex. en bank som agerar som företrädare för bankkunder. Ofta anförtros grupp-företrädaren vissa administrativa uppgifter som annars skulle ankomma på försäkringsbolaget – en av poängerna med grupp-försäkring är ju att bolagets administration kan förbilligas på detta vis. Men vad dessa uppgifter innebär kan variera vid olika typer av grupp-försäkring. Än handlar grupp-företrädaren på detta vis närmast på bolagets vägnar, än som en representant för gruppmedlemmarna. Över huvud taget är det svårt att hitta några gemensamma drag för alla de kategorier som betecknas som grupp-företrädare, mer än just att de ingår gruppavtalet.

Mot denna bakgrund har lagstiftaren ansett det omöjligt att ge några generella regler om i vilka situationer de kan anses handla som företrädare för den ena eller andra parten. Den enda bestämmelsen i frågan slår fast en allmän kontraktsrättslig princip: ger försäkringsbolaget en företrädare för gruppen i uppdrag att fullgöra en skyldighet som lagen ålägger bolaget i förhållande till de försäkrade, så ansvarar bolaget mot dem för vad uppdragstagaren gör inom ramen för uppdraget (se 19:4; undantag när annat särskilt anges).

Rörande förhållandet mellan grupp-företrädaren och gruppen ges däremot inga bestämmelser alls i lagen. Här gäller ofta ett anställningsförhållande, och då blir arbetsrättsliga regler avgörande; i andra fall är det fråga om relationerna mellan en förening (eller dess ledning) och föreningsmedlemmarna, och då får associationsrättsliga regler tillämpas. Det kan också tänkas att ett avtal av annan typ gäller mellan företrädaren och de försäkrade, t.ex. när en bank ordnar en försäkring för sina kunder. Att lagreglera alla dessa förhållanden

med tanke på gruppförsäkring har inte kommit i fråga.

Information

Försäkringsbolaget har även vid gruppförsäkring en informationsskyldighet före avtalsslutet, vilken bl.a. går ut på gruppmedlemmarna skall få reda på försäkringens innebörd och om de har anledning att ansluta sig till försäkringen (se 19:5). Efter avtalsslutet sker informationen väsentligen genom ett *försäkringsbesked*, som skall ange de väsentliga rättigheterna och skyldigheterna enligt försäkringen och viktiga begränsningar av försäkringsskyddet. Beskedet skall på ett ändamålsenligt sätt sändas för de försäkrades kännedom. Avviker försäkringsbeskedet från försäkringsavtalet till förmån för en gruppmedlem, kan medlemmen åberopa uppgiften om han är i god tro – han skall varken ha insett eller bort inse att uppgiften var felaktig eller inte längre giltig. (Se 19:6.) Här är alltså fråga om ett civilrättsligt ansvar för beskedet, som i viss mån påminner om bolagets ansvar för bekräftelsen av avtalet när det gällde individuell försäkring. – Också under försäkringstiden har försäkringsbolaget en skyldighet att informera gruppmedlemmarna om förhållanden av intresse (se 19:7)

Avtalet

Avtalet ingås som sagt vid frivillig gruppförsäkring genom att gruppmedlemmen anmäler sin anslutning till försäkringen hos försäkringsbolaget eller någon som tar emot anmälningar på dess vägnar. Bolagets ansvar inträder då från den tidpunkt som anges i gruppavtalet, förutsatt att medlemmen uppfyller anslutningskraven – han skall kanske först ha inkommit med uppgifter om sitt hälsotillstånd. Ansluter han sig vid senare tidpunkt, räknas ansvaret från dagen för anslutningen, om inte gruppavtalet säger annat. (Se 19:9.) Vid obligatorisk försäkring blir ju gruppmedlemmarna anslutna direkt genom att deras

representant avtalar om försäkringen, och bolagets ansvar inträder följande dag om inget annat sägs.

Som redan nämnts kan en medlem, om det anges i gruppavtalet, bli ansluten till en frivillig försäkring redan genom ren passivitet – han avböjer inte försäkringen inom föreskriven tid (reservationsanslutning). Frågan om man skall tillåta sådan anslutning är ganska kontroversiell, men fördelarna att på detta sätt utsträcka försäkringsskyddet till passiva gruppmedlemmar har ansetts överväga. Lagen ger dock flera garantier för att inte de skall bli bundna mot sin vilja av några förpliktelser enligt försäkringsavtalet. De har liksom andra försäkrade rätt att utan vidare säga upp en frivillig försäkring till upphörande (19:12 1 st.) och skall ha särskild information om denna möjlighet, samtidigt som de meddelas om bestämmelsen om reservationsanslutning (19:5 3 st.). Dessutom behöver de inte betala premien förrän 14 dagar efter det att detta meddelande avsänts (19:20 1 st.) De har alltså ganska god tid på sig att avstå från försäkringen.

När det gäller obligatorisk försäkring, blir gruppmedlemmarna ju försäkrade direkt genom gruppavtalet. Men därigenom ådrar de sig som sagt inte några förpliktelser gentemot försäkringsbolaget – gruppföreträdaren kan ju inte utan fullmakt lägga några skyldigheter på tredje man, t.ex. föreskriva att medlemmarna själva skall betala premierna. En annan sak är att medlemmarna kanske på grund av bestämmelser i föreningens stadgar eller särskilt avtal är skyldiga att bidra till premien i förhållande till sin organisation eller sin arbetsgivare. Om de av sådana skäl vill slippa att omfattas av försäkringen har de möjlighet att avstå från den genom särskild anmälan hos bolaget eller gruppföreträdaren (se 19:122 st.).

Avtalets upphörande

Ett viktigt problem vid gruppförsäkring är hur den enskilde medlemmen påverkas av att den kollektiva försäkringen upphör. I 19 kap finns

en rad regler som skyddar honom i denna situation. Om försäkringsbolaget säger upp försäkringen till försäkringstidens utgång, är varje gruppmedlem berättigad till ett likvärdigt skydd genom s.k. *fortsättningsförsäkring*, utan att behöva undergå ny hälsoprövning. Fortsättningsförsäkringen kan vara utformad som gruppförsäkring eller som individuell försäkring (då den ofta blir dyrare för medlemmen). Rätten till sådan försäkring gäller dock inte om gruppmedlemmen på annat sätt kunnat få motsvarande skydd, t.ex. genom att gå med i en ny kollektiv försäkring. Vidare kan försäkringsbolaget genom förbehåll frita sig från skyldigheten att ordna fortsättningsförsäkring, om det är olämpligt på grund av gruppförsäkringens art eller av liknande anledning. (Se 19:11, 19:15 och 19:16.) Detta ankommer av naturliga skäl på försäkringsbolaget att visa.

Utträder den försäkrade ur gruppen – en anställd får t.ex. sluta sin anställning – har han i stället ett *efterskydd*: försäkringsbolagets ansvar fortsätter att gälla tre månader efter utträdet. Detsamma gäller för medförsäkrad make och sambo ifall äktenskapet eller samboförhållandet upplösas. (Se 19:13.) Även här förutsätts att inte den försäkrade kunnat få motsvarande skydd genom annan försäkring. – Om gruppavtalet upphör på grund av uppsägning från gruppens sida – något som kan ha skett utan den enskilde medlemmens medgivande eller kännedom – kan han också skyddas genom fortsättningsförsäkring, under liknande villkor som nyss har nämnts (19:14, 19:16). Dessutom finns en särskild regel som skall skydda sjukliga eller annars mindre önskvärda gruppmedlemmar mot att – på gruppens eller bolagets initiativ – försäkringen uppsägs och en ny grupp bildas, där inte dessa medlemmar får vara med. De kan i så fall göra anspråk på att försäkras i den nya gruppen på samma villkor som övriga (19:15 2 st.).

En särskild tvingande regel föreskriver att försäkringsbolaget inte får göra förbehåll om

att en försäkring skall kunna upphöra i förtid eller ändras i andra fall än lagen anger (19:17.)

Begränsningar av försäkringsbolagets ansvar

Rörande påföljder av brott mot biförpliktelser gäller väsentligen samma regler som i individuell försäkring, dock med ett undantag: försäkringsbolaget får inte åberopa oriktiga upplysningar av någon annan än den försäkrade eller medförsäkrad som skäl för ansvarsfrihet. De blir alltså inte lidande på oriktiga uppgifter av gruppföreträdaren, exempelvis arbetsgivaren. Om de haft vetskap om vad han uppgivit, eller själva gett honom de oriktiga uppgifterna, kan däremot reglerna om brott mot upplysningsplikten tillämpas. – Symptomklausuler kan användas fritt vid gruppförsäkring; de anses här ha särskild betydelse för försäkringsmöjligheten.

Premien

Beträffande premien innehåller 19 kap. relativt utförliga regler, bl.a. med tanke på komplikationer som kan förekomma när gruppföreträdaren försummar en betalning på medlemmarnas vägnar. Ett meddelande om uppsägning på grund av premiedröjsmål skall vid frivillig försäkring sändas till gruppmedlemmen, om inte han betalat i tid, och till gruppföreträdaren om denne skulle ha förmedlat premiebetalningen. Vid obligatorisk försäkring, där ett dröjsmål kan antas gälla premien för hela gruppen, skall meddelandet sändas till den som skulle ha betalat premien – i allmänhet gruppföreträdaren – och alla försäkrade gruppmedlemmar (19:21). – Liksom vid individuell försäkring kan vissa oförutsedda hinder av typen svår sjukdom åberopas, när premien för frivillig försäkring skall betalas av gruppmedlemmen (19:22 1 st.); skall någon annan förmedla premien enligt gruppavtalet, kan uppsägningen åberopas mot gruppmedlemmen först en vecka sedan han fått kännedom om dröjsmålet.

Vid obligatorisk försäkring är skyddet för gruppmedlemmarna konstruerat på annat sätt: upphör försäkringen efter uppsägning på grund av premiedröjsmål har enligt 19:22 3 st. varje försäkrad rätt till fortsättningsförsäkring enligt samma förutsättningar som gäller vid annan uppsägning (se ovan).

Vidare kan försäkringen återupplivas genom premiebetalning i efterhand, om uppsägning har skett på grund av dröjsmål med annan premie än den första. Vid frivillig försäkring gäller detta sådana uppsagda gruppmedlemmar vilkas premier betalas, medan vid uppsägning av obligatorisk försäkring återupplivning bara kan ske för hela gruppen (19:23).

Förfogande över försäkringen

I fråga om förfogande över försäkringen gäller enligt 19:24 den särskilda regeln för grupppersonförsäkring att försäkringsbolaget i villkoren kan förbjuda överlåtelse eller pantsättning av försäkringen (något som dock inte hindrar utmätning eller överlåtelse efter konkurs m.m.).

Meddelanden till den försäkrade

Slutligen kan nämnas den allmänna regeln i 19:27, att om försäkringsbolaget är skyldigt att ge ett meddelande till de försäkrade, bolaget skall sända detta ”på ändamålsenligt sätt” för deras kännedom, medan meddelanden till enskilda gruppmedlemmar skall sändas till dem personligen. Vad som kan anses ändamålsenligt beror delvis på praktiska hänsyn, men man får också ta hänsyn till hur pass väsentligt meddelandet är. Har bolaget tillgång till gruppmedlemmarnas adresser bör detta utnyttjas också när meddelandet avser hela gruppen, i vart fall om det är viktigt. Beträffande nytillkomna medlemmar, som är okända för bolaget, räcker det att meddelandena tillställs gruppföreträdaren för vidare befordran till gruppen.

Gruppskadeförsäkring

I fråga om gruppskadeförsäkring är reglerna i stora delar desamma. Frågan om reservationsanslutning har här varit särskilt omstridd, eftersom den enskilde ju i allmänhet inte har behov av mer än en skadeförsäkring för sin egendom. Övervägande skäl har dock ansetts tala för att ge regler i NFAL om sådan anslutning också i detta fall. Efterskyddet vid gruppskadeförsäkring är kortare (en månad), och rätt till fortsättningsförsäkring saknas. Som förut omtalats är reglerna dispositiva, såvitt angår gruppskadeförsäkring för näringsidkare.

8. Kollektivavtalsgrundad försäkring

Också beträffande ka-försäkring gäller att NFAL:s reglering är helt ny; lagstiftningen avser dock till stor del att ansluta till nuvarande villkor. Bestämmelserna är i större utsträckning dispositiva än när det gäller grupp-försäkring; tanken är att de fackliga organisationerna skall kunna tillvarata de försäkrades intressen i så stor utsträckning att lagstiftaren inte behöver ingripa. Även regler som formellt är tvingande kan man gå ifrån genom avtal mellan en arbetsgivarorganisation och en central arbetstagarorganisation, alltså i praktiken på förbunds nivå (se 1:7 p. 4). – Liksom i fråga om grupp-försäkring tar den följande redogörelsen främst sikte på personförsäkringsreglerna, som finns i 20 kap.

Ka-försäkringens begrepp

Definitionen i 20:1 av kollektivavtalsgrundad personförsäkring är naturligtvis viktig; där inte dessa krav är uppfyllda för en kollektiv försäkring blir de tvingande reglerna i 19 kap. tillämpliga. Tre krav ställs upp; försäkringen skall tecknas av arbetsgivare till skydd för anställda, den skall meddelas enligt ett kollektivavtal som angetts i försäkringsvillkoren och som slutits mellan en arbetsgivar- och en arbetstagarorganisation, och den skall teck-

nas hos ett försäkringsbolag enligt kollektivavtalet (dvs. avtalet måste ge en anvisning på hur bolaget skall väljas, även om ett särskilt bolag inte anges). – Det räcker på detta vis inte att en försäkring till förmån för anställda utformats efter mönster av något kollektivavtal, utan den skall grundas på avtalet på sätt som anges i villkoren; det skall framgå att arbetsmarknadens parter godtagit försäkringen i fråga som ett skydd för de berörda anställda. Annars innebär inte avtalet den trygghet för de försäkrade som paragrafen förutsätter. Men så snart de tre kraven är uppfyllda skall 20 kap. tillämpas.

En försäkring av detta slag kan omfatta också arbetsgivaren själv och andra som har anknytning till verksamheten (2 st.); reglerna tillämpas vidare även när flera försäkringsbolag meddelar ka-försäkring hos samma arbetsgivare (4 st.) och när det finns utrymme för individuella överenskommelse angående skyddets detaljer (5 st.). – Ytterligare stadgas att ersättning som utgår enligt de s.k. garanti-reglerna i centrala uppgörelser om ka-försäkringar (till anställda hos sådana arbetsgivare som försummat att teckna försäkring) skall anses som försäkringsersättning (något som kan ha betydelse t.ex. när det gäller skyddet mot borgenärer enligt 15 kap.).

Konstruktionen av en ka-försäkring stämmer inte helt med vad som gäller om grupp-försäkring. Arbetsgivaren är försäkringstagare, inte medlemmarna i kollektivet – alltså de anställda. Vid kollektivavtalsgrundad person-försäkring är dessa dock att anse som försäkringstagare när det gäller rätt att förfoga över försäkringen, skyddet mot borgenärerna och rätt till försäkringsersättning i övrigt; på den punkten följer ka-försäkringen reglerna om grupp-personförsäkring (se 20:2).

Information

Informationsreglerna vid ka-försäkring liknar delvis dem vid grupp-försäkring, dock med den skillnaden att skyldighet att informera

åvilar inte bara försäkringsbolaget utan också de arbetsmarknadsparter som slutit det aktuella kollektivavtalet. Försäkringsbesked skall utfärdas med liknande rättsverkningar som vid grupp-försäkring (20:3-6). Försäkringsbolaget kan alltså få ansvara för fel i beskedet i förhållande till godtroende anställda.

Andra regler om kollektivavtalsgrundad personförsäkring

I fråga om ansvarstiden råder avtalsfrihet (20:7 1 st.). Försäkringsvillkoren får innehålla att försäkringen inte kan upphöra på grund av uppsägning, så länge arbetsgivaren enligt kollektivavtalet är skyldig att hålla försäkringen; på det viset skyddas de försäkrade mot att stå utan försäkring. Uppsägning kan ske när som helst av försäkring som gäller tills vidare, medan en försäkring som gäller för viss tid kan uppsägas i förhand av bolaget bara vid väsentligt kontraktsbrott (20:8). Försäkringsbolaget får vidare förbehålla sig rätt att ändra försäkringen under försäkringstiden – till de försäkrades nackdel dock bara med godkännande av berörda arbetsmarknadsparter (20:9 1 st.). Försäkringsvillkor som utformats genom en särskild överenskommelse med den anställde får inte ändras till hans nackdel utan att han samtycker (2 st.). Här förekommer alltså vissa tvingande regler till de anställdas skydd.

I fråga om begränsningar av försäkringsbolagets ansvar gäller reglerna vid individuell försäkring, dock med de avsteg som nämndes på tal om grupp-försäkringar (i fråga om identifikation och symtomklausuler; se 20:12). Också reglerna om förfogande över försäkringen ansluter till vad som sagts om grupp-försäkringar (20:13).

Kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring

Reglerna i 18 kap. om kollektivavtalsgrundade skadeförsäkringar stämmer i stort sett med personförsäkringsreglerna, fast hänvisningar till regler om individuell försäkring av natur-

liga skäl mestadels avser kapitlen om konsumentförsäkring. Här skall bara påpekas att trygghetsförsäkringen mot arbetsskada (TFA) är konstruerad som en ansvarsförsäkring och därför i princip följer skadeförsäkringsregler (se dock 18:16 om förhållandet till borgenärerna).

9. Övergångsbestämmelser

I fråga om övergångsbestämmelser gäller olika principer med hänsyn till försäkringarnas art. I huvudsak innebär detta följande.

I fråga om *individuella och kollektiva skadeförsäkringar* tillämpas äldre regler på äldre försäkringar, dvs. sådana som avtalats före 2006 och inte förnyats därefter. Det stämmer med huvudregeln när ny lagstiftning berör gällande avtalsförhållanden. Försäkringstiden brukar vara relativt kort för konsumentförsäkringar och de flesta företagsförsäkringar, och NFAL bör därför ganska snart bli tillämplig i dessa fall.

Beträffande *individuella personförsäkringar* är reglerna krångligare; här förekommer ju ofta försäkringar på lång tid, och skall GFAL tillämpas på dem kan det dröja innan den nya lagens regler slår igenom. NFAL:s regler om information under försäkringstiden gäller visserligen även äldre försäkringar, men äldre rätt tillämpas i princip beträffande uppsägning och förnyelse av avtalet samt begränsning av försäkringsbolagets ansvar (11 och 12 kap.) Ett undantag föreskrivs dock om detta skulle leda till uppenbar oskälighet mot försäkringstagaren eller dennes rättsinnehavare; i så fall skall 12 kap. NFAL tillämpas. Man har bl.a. tänkt på fall där brott mot upplysningsplikten åberopas långt efter det att en livförsäkring skulle ha blivit oantastbar med tillämpning av 12:4 2 st. – Angående övriga personförsäkringsregler dras gränsen på va-

rierande sätt. Rörande premien gäller NFAL om den skall betalas efter lagens ikraftträdande, rörande förfoganden över försäkringar gäller NFAL om de sker efter ikraftträdandet, rörande skyddet mot utmätning tillämpas 15 kap. NFAL i princip om skyddet aktualiseras efter ikraftträdandet, och när det gäller reglering av försäkringsfallet är det avgörande om detta inträffar före eller efter ikraftträdandet.

Beträffande *kollektiva personförsäkringar* har lagstiftaren utgått från att de skall hinna förnyas med eventuellt ändrade villkor före ikraftträdandet; i annat fall skulle övergångsreglerna om individuella personförsäkringar tillämpas direkt eller analogt tills förnyelse sker. Från branschens sida önskar man dock ett enklare sätt att övergå till den nya lagstiftningen, och eventuellt kommer en proposition med detta syfte.

Av denna summariska genomgång bör bl.a. ha framgått, att försäkringsbranschen nu ställs inför en rad nya och delvis besvärliga problem som man i viss hast får ta ställning till. Själv hade jag nog räknat med att riksdagen med tanke på den försenade riksdagsbehandlingen skulle skjuta upp ikraftträdandet ett år, så att man inom bolagen fått bättre tid att överväga frågorna. Emellertid är det inte första gången en ny lagstiftning ingett branschen bekymmer. Minnesgoda försäkringsmän kan säkert erinra sig alla de dystra profetior av olika slag som KFL gav upphov till, med dess radikala förändringar av regelsystemet. Ändå kunde försäkringsbolagen klara av omställningen relativt smärtfritt, t.o.m. utan premiehöjningar. När allt kommer omkring innebär NFAL knappast några lika omvälvande nyheter – i vart fall inte i förhållande till försäkringsbolagens villkor och praxis. Varför skulle deras kapacitet och anpassningsförmåga vara mindre idag?