

Ansvar för ren förmögenhetsskada

av jur.kand. **Karin Berg**, produktchef, Skandia, företagsdivisionen

Under de senaste åren har intresset kring professionsansvaret, d.v.s. professionella (yrkesmässiga) rådgivares skadeståndsansvar för ren förmögenhetsskada, ökat kraftigt. Ökningen har noterats såväl bland allmänheten som hos de professionella rådgivarna själva. Även de svenska myndigheterna har uppmärksammat professionsansvaret genom föreskrifter avseende obligatorisk (tvingande) ansvarsförsäkring för ren förmögenhetsskada för vissa grupper av professionella rådgivare.

Det ökade intresset för professionsansvaret verkar komma via västliga vindar. I USA har skadestånden för denna typ av skador nått oanade höjder. Även i Storbritannien har man noterat en ändrad attityd beträffande professionsansvaret under senare hälften av 1980-talet.

Sedan årtionden har man när det gäller ansvarsförsäkring för ren förmögenhetsskada internationellt arbetat med försäkringsvillkor med skaderapporteringsprincipen *claims made*, medan vi i Sverige i stor utsträckning arbetat med villkor enligt orsakandeteorin. Under de senaste åren har man dock kunnat notera en viss förändring i Sverige. Villkor enligt skaderapporteringsprincipen *claims made* har börjat införas. Artikeln är en studie av problematiken kring *claims made*-villkoren och bygger på en undersökning av branschen i Storbritannien.



Karin Berg

1. Bakgrund

1.1 Allmänt

Om ett försäkringsvillkor baserar sig på orsakandeteorin såsom skaderapporteringsprincip, innebär det att försäkringen måste ha varit gällande vid tidpunkten för skadans orsakande för att kunna tas i anspråk för det uppkomna skadeståndsanspråket. Skadan kan orsakas genom antingen aktiv handling eller underlåtenhet att företa viss handling.

Villkor som grundar sig på orsakandeteorin tenderar att ha en lång svans. Med detta uttryck avses här att skadorna för ett visst år inte blir kända förrän ett flertal år efter det aktuella skadeårets utgång. Skadetidpunkten är nämligen när skadan orsakades (=skadeår). Detta ställer till problem i samband med premiesättningen, eftersom man vid denna måste beakta även de okända skadeståndskraven som kommer att belasta ett visst skadeår. Genom att använda sig av ett av aktuarie beräknat IBNR

(incurred but not reported) kan man till viss del komma till rätta med premiesättningen, men som bekant är det inte endast skadehistoriken som är intressant vid en premiesättning, utan även bl.a. framtida förväntad skadeutveckling bör påverka premien.

Det är nog ingen överdrift att påstå att de försäkringslösningar som tillhandahållits av svenska försäkringsgivare sammantaget uppvisar ett negativt ekonomiskt resultat. Detta beror naturligtvis på en mängd faktorer, men en viktig faktor är svårigheten att beräkna en så korrekt premie som möjligt just med hänsyn till svårigheten att fastställa ett rätt och rimligt IBNR. Så länge som den svenska försäkringsbranschen håller fast vid att ha försäkringsvillkor som baserar sig på orsakandeteorin får den emellertid fortsätta att brottas med matematiska formler och statistiska uppgifter.

1.2 Ren förmögenhetsskada

För den oinvidige kan detta begrepp te sig märkligt. I dagligt tal omnämns begreppet ofta som förmögenhetsförlust, vilket kanske bättre speglar vad som avses.

Med ren förmögenhetsskada avses emellertid sådan ekonomisk förlust som uppkommit utan samband med någon person- eller sakskada. Detta till skillnad mot allmän förmögenhetsskada, som avser den ekonomiska förlust som uppkommit som en direkt följd av en person- eller sakskada.

1.3 Berörda yrkeskategorier

De yrkeskategorier som är aktuella för ansvarsförsäkring för ren förmögenhetsskada är, som ovan nämnts, de professionella (yrkesmässiga) rådgivarna. Som exempel på yrkesgrupper kan nämnas advokater, fastighetsmäklare, försäkringsmäklare och revisorer.

Det kan förtjänas att nämna att professionsansvaret inte är exklusivt för de ovan nämnda

yrkeskategorierna. Även exempelvis läkare, tandläkare och tekniska konsulter kan vara i behov av en ansvarsförsäkring. Eftersom de skador som dessa kan orsaka i stor utsträckning är person- eller sakskador faller de utanför ramen för denna studie.

2. Engelska försäkringsbranschens villkor enligt skaderapporteringsprincipen claims made

2.1 När försäkringen gäller

Om ett försäkringsvillkor gäller enligt skaderapporteringsprincipen claims made, innebär det att försäkringen måste vara gällande, d.v.s. i kraft, när kravet för första gången framställs, för att försäkringen skall kunna tas i anspråk för den uppkomna skadan (kravet).

De flesta engelska villkor som baserar sig på skaderapporteringsprincipen claims made anger inte gentemot vem av försäkringstagaren eller försäkringsgivaren kravet skall vara framställt mot. Den vanligaste tolkningen är emellertid att den avgörande tidpunkten är när kravet framställdes gentemot den försäkrade. Det åligger sedan den försäkrade att, enligt villkoren, utan dröjsmål anmäla skadan till försäkringsgivaren.

Vidare kan diskuteras om kravet skall vara skriftligen framställt eller om det är tillräckligt om det framställs muntligen. I de engelska villkoren ställs tämligen höga krav på den försäkrade. Det åligger nämligen den försäkrade att utan dröjsmål underrätta försäkringsgivaren om dels framställda krav (oavsett om dessa är skriftligen eller muntligen framställda), dels varje händelse eller omständighet som den försäkrade inser, eller har skäligen anledning att anta, kan leda till att krav framställs. Det torde därmed vara tämligen klart att det inte har någon betydelse i vilken form kravet framställs. Underrättelse skall ske till försäkringsgivaren i vilket fall som helst.

2.1.1 Retroaktivt datum (retrodag)

De flesta försäkringar som baseras på claims made-principen gäller med ett retroaktivt datum. Det retroaktiva datumet anger från och med vilken tidpunkt en skada måste ha orsakats för att omfattas av försäkringen. Har skadan orsakats före det retroaktiva datumet omfattas inte skadan av försäkringen, trots att kravet framställs under den tid försäkringen är i kraft.

Det retroaktiva datumet är framför allt av betydelse vid nyteckning av försäkringsavtal. Försäkringsgivaren måste då ta ställning till vilket retroaktivt datum som kan accepteras. Faktorer som bör vägas in i bedömningen är bl.a. när företaget startades, om företagsförvärv skett, förändring av personalstruktur och verksamhetsinriktning som är av betydelse ur risksynpunkt samt försäkringstagarens tidigare skaderesultat.

Om försäkringen har gällt enligt claims made-principen under ett flertal år, avtar vikten av att ange ett retroaktivt datum. I och med att det retroaktiva datumet i princip alltid är oförändrat, i vart fall under den tidsperiod som försäkringen tecknas av en och samma försäkringsgivare, kommer försäkringen på sikt att gälla med ett öppet retroaktivt datum, d.v.s. något datum anges inte i försäkringshandlingen.

Vid byte av försäkringsgivare är det viktigt, framför allt ur försäkringstagarens synvinkel, att se till att försäkringsskyddet inte blir försämrat genom att det retroaktiva datumet förändras. Det är i och för sig naturligt att försäkringsgivaren ser till att erforderligt försäkringsskydd erhålls. Enligt den s.k. goda underwritingseden som gäller bland underwriters på Londonmarknaden bör den nye försäkringsgivaren alltid se till att det retroaktiva datumet inte förändras, d.v.s. den nye försäkringsgivaren övertar den tidigare försäkringsgivarens retroaktiva datum. Enligt flera underwriters uppfattning är detta en premiefråga men, framför allt beroende på konkurrens-

situationen, sker detta övertagande utan att någon tilläggspremie tas ut. Försäkringsgivarna gör bedömningen att affären jämnar ut sig i längden, i och med att marknaden är mycket rörlig.

Naturligtvis kan det förekomma situationer när den nye försäkringsgivaren inte vill överta den tidigare försäkringsgivarens retroaktiva datum. Denna situation föreligger framför allt när kunden varit mycket skadedrabbad (a bad claims record). Det kan även förekomma att den aktuelle försäkringsgivaren vill ändra det retroaktiva datumet på grund av ett mycket dåligt skaderesultat för kunden. Om försäkringstagaren insisterar på att bibehålla det retroaktiva datumet löses dessa fall vanligtvis genom att högre premie tas ut.

Man kan ställa sig frågan om inte försäkringstagaren hamnar i försäkringsnöd genom att inte någon försäkringsgivare vill överta det tidigare retroaktiva datumet. Om verksamheten har bedrivits under ett flertal år och om försäkringsgivaren vägrar överta den tidigare försäkringsgivarens retroaktiva datum, utan endast accepterar att det retroaktiva datumet sätts till begynnelse dagen, blir försäkringsskyddet synnerligen urholkat. Enligt den engelska försäkringsbranschen handlar det dock i stor utsträckning endast om en premiefråga.

För de fall där det föreskrivs om obligatorisk (tvingande) försäkring har emellertid de försäkringsbolag som generellt tillhandahåller den aktuella försäkringslösningen bildat en pool, där försäkringstagare — som inte kunnat placera en adekvat försäkring hos enskild försäkringsgivare — har möjlighet att erhålla erforderligt försäkringsskydd. Detta förfarande förekommer sedan slutet av 1980-talet bl.a. för de kvalificerade revisorernas försäkringslösning (professional indemnity insurance for the Institutes of Chartered Accountants in England, Wales, Scotland and Ireland).

2.1.2 Förlängd anmälningstid

En försäkring som baserar sig på claims made-principen kan alternativt innehålla en klausul om förlängd anmälningstid. Detta innebär att försäkringstagaren har möjlighet att anmäla skador även efter försäkringstidens utgång. En förutsättning är dock att skadan är orsakad efter tidpunkten för det retroaktiva datumet och under försäkringstiden.

En lösning med förlängd anmälningstid bör inte kombineras med retroaktivt datum. I sådant fall blir lösningen väldigt lik en försäkringsmodell med orsakandeteorin. Det kan dessutom uppstå situationer då tvist kan uppstå mellan de olika försäkringsgivarna om vilken försäkring, den aktuella eller den tidigare med efteranmälmingsmöjlighet, som vid ett skadefall skall tas i anspråk.

Det negativa med försäkringslösningar med förlängd anmälningstid är, ur försäkringsgivarens synvinkel, att försäkringen blir mer lik en lösning enligt orsakandeteorin. Problemet med möjligheten att anmäla skador även efter försäkringstidens utgång är jämförbart med de problem som föreligger med en försäkring som gäller enligt orsakandeteorin. Enda fördelen med en claims made-baserad försäkring med förlängd anmälningstid jämfört med en försäkring enligt orsakandeteorin är att vid förlängd anmälningstid kan försäkringsgivaren påverka tiden för den förlängda anmälningstiden. Om den förlängda anmälningstiden överstiger tre år, är det, enligt flera engelska underwriters, inte någon fördel för försäkringsgivaren att ha ett claims made-baserat villkor i stället för ett orsakandebaserat.

När det gäller ansvarsförsäkringar för professionsansvaret verkar inte försäkringar med förlängd anmälningstid tillämpas i någon större utsträckning internationellt. Förlängd anmälningstid tillämpas däremot mer frekvent på allmänna ansvarsförsäkringar, d.v.s. verksamhets- och produktansvar, som baserar sig på claims made-principen.

2.1.3 Byte av skaderapporteringsprincip

I samband med byte av skaderapporteringsprincip är det viktigt att anpassa det retroaktiva datumet så att försäkringsskyddet inte oavsiktligen försämras.

Vid byte från en försäkringslösning gällande enligt orsakandeteorin till en claims made-lösning kan det retroaktiva datumet bestämmas till samma datum som begynnelse dagen på claims made-lösningen. Försäkringstagaren har då ett kontinuerligt försäkringsskydd för sin verksamhet.

Vid byte från en claims made-lösning till en försäkring gällande enligt orsakandeteorin krävs någon form av speciallösning. Den första försäkringen lämnar i princip inget försäkringsskydd i och med upphörandet. Den nya försäkringen omfattar endast skador som orsakats under den tid försäkringen varit i kraft. I princip är det alltid den nye försäkringsgivarens sak att finna en lösning på detta problem. Den nya försäkringen kan t.ex. omfatta skador som orsakats från och med ett visst datum, som ligger före försäkringens begynnelse dag. Alternativt kan den tidigare försäkringsgivaren lämna tillåtelse för försäkringstagaren att efteranmäla skador (förlängd anmälningstid) på försäkringen som gällde enligt claims made.

Detta är emellertid inget vanligt förekommande problem, eftersom det är ytterst sällan som en skaderapporteringsprincip ändras från claims made till orsakande.

2.2 Vem försäkringen gäller för

Enligt de engelska villkoren gäller försäkringen, förutom för det företag som tecknat försäkringen, även för förvärvade företag eller företag som fusionerat med försäkringstagaren.

Eftersom den försäkrade verksamheten ofta bedrivs genom s.k. partnership omfattas även samtliga partners (eg. delägare) av försäk-

ringen, då dessa, enligt engelsk rätt, kan bli personligt ansvariga för skadeståndsanspråk som framställs mot det företag som bedrivs genom partnership (se nedan 2.2.1).

Samtliga företag som omfattas av försäkringen anges noggrant i försäkringshandlingen. I denna handling anges även vilka andra namn försäkringstagaren har varit verksam under, eftersom skadeståndsanspråk som framställs mot dessa företag kan täckas genom försäkringen.

2.2.1 Run-off

En partners risk att bli skadeståndsskyldig upphör inte när denne lämnar verksamheten, exempelvis genom pensionering eller liknande. Det är därför vanligt att företaget i sin försäkring även inkluderar f.d. partners, för den händelse krav framställs med anledning av uppdrag som utfördes under den tid partnern var verksam i företaget. Denna konstruktion kallas vanligtvis för run-off.

För det mesta intas i partnership-avtalen att företaget — egentligen kvarvarande partners — skall svara för att den partner som lämnar verksamheten omfattas av företagets försäkring. Det är vidare vanligt att företaget svarar för den premie som uttas för en run-off.

Anledningen till denna lösning är att det kan vara svårt för den enskilde f.d. partnern att självständigt teckna en egen separat försäkring för sin eventuella skadeståndsskyldighet. Det förekommer dock att försäkringskyddet löses på detta sätt, framför allt när tvist eller osämja föreligger mellan verksamma partners och den partner som lämnat verksamheten.

2.3 Var försäkringen gäller

Vad gäller den geografiska omfattningen av de rena förmögenhetsskadevillkoren är likheten mellan den svenska och den engelska försäkringsbranschen stor.

Vanligtvis gäller de engelska villkoren i hela världen, utom vid skadeståndsskyldighet

som grundas på i USA och/eller Kanada gällande rätt eller för skada som tillfogas verksamhet som bedrivs i USA och/eller Kanada.

Med anledning av Storbritanniens nära förhållande till Australien förekommer det att brittiska företag ofta har dotterbolag eller filialer i Australien. Eftersom det i Australien under slutet av 1980-talet förekommit ett antal skandalartade och stora skador vad gäller professionsansvar — vilket lett till ett mycket negativt skaderesultat — försöker de engelska försäkringsgivarna undvika risker i Australien. För det fall försäkring meddelas, uppgår premien till en mycket kännbar nivå kombinerat med hårda villkor.

2.4 Vad försäkringen gäller för

Även här är likheten stor mellan de svenska och engelska villkoren. Försäkringen, enligt de engelska villkoren, gäller för den skadeståndsskyldighet för ren förmögenhetsskada som den försäkrade kan ådra sig i den försäkrade verksamheten.

I många försäkringsbolags villkor ingår även de rena förmögenhetsskador som orsakats genom en brottslig gärning, som företagits av någon hos försäkringstagaren anställd person, d.v.s. förmögenhetsbrott.

2.5 Försäkringsbelopp

Medan våra svenska villkor oftast anger ett försäkringsbelopp per försäkringsår, anger de engelska villkoren vanligtvis ett försäkringsbelopp per skada. Försäkringsbeloppet i de engelska villkoren är oftast inte begränsat på annat sätt än per skada, d.v.s. försäkringsbeloppet per försäkringsår är obegränsat.

Försäkringsbeloppet skall täcka det skadestånd inklusive ränta som den försäkrade kan bli skyldig att utge. Däremot ingår inte kostnader och utgifter, t.ex. ombudskostnader vid rättegång, i försäkringsbeloppet, utan alla kostnader svarar, om inte annat anges, försäkringsgivaren för.

2.6 Nyteckning och förnyelse av försäkringen

Den engelska försäkringsbranschens uppbyggnad och organisation gör att de flesta ansökningar om försäkring, vare sig det rör sig om nyteckning eller förnyelse, passerar en underwriter. I och med att systemet med försäkringsmäklare sedan länge fungerat i Storbritannien, presenteras den presumtive kunden oftast av en mäklare. Ett oeftergivligt krav vid denna presentation är en korrekt ifylld *proposal form*.

2.6.1 Proposal form

Även om proposal forms utfärdas av respektive försäkringsgivare är uppbyggnaden i stort sett densamma. Avsikten med en proposal form är att ge underwritern den adekvata information om försäkringstagaren som är nödvändig vid riskbedömningen.

Följande uppgifter ingår i princip alltid i en proposal form.

• Försäkringstagarens namn

Det namn som anges i en proposal form kommer att återfinnas i försäkringshandlingen. Det är därför viktigt att ange samtliga företag som skall omfattas av försäkringen. Om verksamheten tidigare har bedrivits under annat firmanamn eller om företagsförvärv har ägt rum skall även detta anges.

• Adress/er till försäkringstagaren

Det är viktigt att ange samtliga adresser där försäkringstagaren bedriver verksamhet som skall försäkras. Även eventuella filialer utomlands skall anges.

• Tidpunkt när verksamheten påbörjades

I samband med riskbedömningen är det av vikt att känna till hur länge företaget har varit verksamt. Oftast skall det under denna punkt även anges under vilken firma verksamheten bedrivits och vid vilka tidpunkter firman ändrades.

• Namn på alla partners (delägare) i verksamheten

Denna namninformation är oftast kombinerad med uppgifter angående tidpunkt för auktorisation/godkännande/registrering samt den tidsperiod som partnern varit verksam inom företaget. Denna information används för att bedöma erfarenheten inom företagsledningen. Ibland krävs vidare information in, t.ex. uppgifter angående partners tidigare yrkesutövning.

• Namn på partners och företag som har upphört med verksamheten eller avyttrats

Som ovan nämnts, kan en tidigare partner bli ersättningskyldig för skadestånd som utkrävs av företaget även efter den tidpunkt då partnern lämnade verksamheten. Det är därför vanligt att även tidigare partners omfattas av försäkringen (se även 2.2.1).

Även företag som upphört med verksamheten kan bli skadeståndsskyldigt för händelser som utförts under den tid företaget var verksamt. Det är därför vanligt att företag som, under den tid de var verksamma omfattades av försäkringen, fortsätter att omfattas även när verksamheten upphört.

• Antalet anställda

Denna post uppdelas vanligen mellan antalet (a) partners och direktörer, (b) kvalificerade assistenter och konsulter och (c) övrig personal.

Denna uppgift används bl.a. till att bedöma arbetsbelastningen på de inblandade yrkeskategorierna. Underwriters har en uppfattning om hur normalrisken ser ut, utifrån antalet anställda per partner (delägare). Avvikelser från denna normalrisk renderar i höjning alternativt sänkning av premien.

• Har försäkringstagaren samband eller samarbete (ekonomiskt eller annat) med annat företag, organisation eller liknande?

Försäkringsskydd erhålls normalt inte för krav som framställs av företag eller liknande som

har ett etablerat samband/samarbete med försäkringstagaren. Eventuella samarbetspartners noteras därför i försäkringshandlingen och undantas från möjligheten att erhålla skadestånd.

• **Beskrivning av företaget och dess verksamhet**

De flesta underwriters har separata proposal forms för olika verksamhetskategorier. I dessa fall förutsätts underwritern i allmänhet känna till verksamhetens art. För en del inte så vanligt förekommande verksamheter är det dock viktigt att på ett korrekt sätt beskriva verksamhetens art. Detta kan ske genom t.ex. broschyurer, produktblad, böcker och annat material, så att underwritern får en så bra bild av verksamheten som möjligt.

Vid denna fråga brukar ofta underwritern be försäkringstagaren ange hur dennes verksamhet ekonomiskt fördelar sig, utifrån vissa, inom verksamheten, vanliga arbetsuppgifter. Svaren anges vanligtvis i procent av årsomsättningen, d.v.s. hur stor del av årsomsättningen som härrör från en viss typ av arbetsuppgift.

Genom denna fråga kan underwritern bilda sig en uppfattning om försäkringstagarens profil och riskexponering.

• **Årsomsättning**

Företagets årsomsättning används vanligen som premieberäkningsgrund, varför denna uppgift i princip alltid begärs in. Genom att begära in de tre (alternativt fem) senaste årens årsomsättning kan underwritern även bedöma försäkringstagarens ekonomiska utveckling.

• **Kategori av klienter hos försäkringstagaren**

För att bedöma risken i försäkringstagarens verksamhet begär underwritern ibland in uppgift om klientkategori hos försäkringstagaren. Emellanåt efterfrågas hur stor del av försäkringstagarens totala åtagande som utförs åt en klient (arvodet/ersättningen anges vanligen i procent av totala årsomsättningen).

• **Exponering utanför det egna landet**

I detta fall är det, som i allmän ansvarsförsäkring, exponeringen i framför allt USA/Kanada som är av betydelse. Försäkringen kan naturligtvis tecknas att omfatta även denna exponering — försäkringstagaren bör dock räkna med ett ordentligt premiepåslag. Som tidigare påpekats kan det noteras att engelska underwriters även bedömer exponering i Australien och till viss del Sydostasien på motsvarande sätt som USA/Kanada.

• **Används standardavtal i verksamheten**

Denna fråga återfinns framför allt i proposal forms som inte utformats för en specifik verksamhet. Om standardavtal används underlättar det underwriterns bedömning av risken med verksamheten. Underwritern har naturligtvis inget intresse av att täcka risker som uppkommer genom att försäkringstagarens åtagande överstiger vad som rimligen kan begäras och inte heller åtaganden som liknar garantier.

• **Allmänna frågor**

Efter den särskilda delen av proposal form, där försäkringstagarens verksamhet analyseras, kommer oftast en allmän del avseende försäkringens utformning.

a) Finns en gällande försäkring vid ansökningstillfället?

Om ja, ange:

- 1) Försäkringsgivare
- 2) Försäkringsbelopp
- 3) Självrisk
- 4) Förfallodag

b) Har någon försäkringsgivare

- 1) nekat förnyelse av försäkring?
- 2) begärt väsentligt högre premie eller speciella villkor?
- 3) annulerat försäkringen?

c) Vilket försäkringsbelopp och självrisk begärs?

d) Har något skadeståndskrav framställts mot företaget eller dess partners?

Är någon partner, efter förfrågan, medveten om någon händelse som kan leda till att skadeståndskrav framställs mot partnern eller företaget?

e) Finns det några andra omständigheter som underwritern behöver kännedom om?

Dessa allmänna frågor behövs för att underwritern skall kunna utfärda en lämplig försäkring, men även för att denne skall kunna utesluta exempelvis ytterligare skador som härrör ur omständigheter/skador som redan är kända.

Det finns en tendens bland underwriters att vara mycket restriktiv med att lämna försäkringsskydd för uppdrag där skadeståndskrav redan framställts. Vanligtvis intas en passus i försäkringshandlingen om att försäkringen inte gäller för krav som härrör ur ett specifikt uppdrag. Detta kan synas vara en onödig åtgärd, eftersom det i villkoren oftast finns en serieskadeklausul, som gör att samtliga skador som härrör ur samma uppdrag skall betraktas som en skada — oavsett om kraven framställs vid olika tidpunkter. För att inga tveksamheter skall råda tas dock noteringen in i den nya försäkringshandlingen.

2.6.2 No claims declaration

I samband med förlängning eller förnyelse kan det ibland räcka med att försäkringstagaren lämnar en no claims declaration, d.v.s. ett intyg om att försäkringstagaren vid tidpunkten för förlängningen eller förnyelsen inte känner till någon omständighet som kan leda till att skadeståndskrav i framtiden kommer att framställas. Detta förfarande kan tillämpas om omständigheterna i övrigt är oförändrade jämfört med föregående år. Det är vanligtvis den ledande underwritern som tar ställning till om en no claims declaration är tillräcklig för förlängning eller förnyelse.

3. Ekonomisk uppföljning av claims made-baserad affär

I och med att samtliga skadehändelser som skall belasta ett skadeår i princip blir kända under det aktuella skadeåret, eller i vart fall inom en snar tid efter skadeårets utgång, underlättas den ekonomiska uppföljningen. Detta gäller för såväl portföljen som för enstaka kund.

I samband med analys av skaderesultatet behöver man inte beakta något IBNR. Istället arbetar man med IBNER (Incurred But Not Enough Reported), i princip en erfarenhetsbedömning av hur stor del av skadereserverna som utbetalas. En vanlig bedömning är att skadereserverna inte uppgår till tillräckliga belopp, varför en reservavsättning i försäkringsgivarens bokslut är nödvändig.

Om det visat sig att inga skador anmälts eller om de anmälda skadorna avslutats under skadeåret, behövs egentligen ingen avsättning i försäkringsgivarens bokslut. Man kan då direkt avläsa resultatet på det aktuella kontot. Det är emellertid en rekommendation att inte avläsa resultatet för nära inpå utgången av skadeåret. Det kan ju faktiskt vara så att en försäkringstagare har giltiga skäl för att komma in med en skadeanmälan en tid efter skadeårets utgång.

Erfarenhetsmässigt kan man konstatera att denna typ av skador (rena förmögenhetsskador) tar lång tid att reglera. Detta beror bl.a. på skadornas komplexitet, framför allt av juridisk art, men även på grund av svårigheten att bestämma vilken skada som den skadeståndskrävande lidit. Det är dessutom inte ovanligt att dessa tvister avgörs vid domstol och att man då inte nöjer sig med ett avgörande vid första instans. Av denna anledning kan ett skadeår normalt inte avslutas förrän efter ungefär fyra år efter skadeårets utgång. Under denna tid får man följa avvecklingen av de åsatta skadereserverna inklusive avsättningen för IBNER.

En uppfattning som förekommer bland engelska underwriters är dock att om man har en förhållandevis måttlig (och enligt den egna bedömningen god) portfölj och en stor erfarenhet av skadereglering, kan resultatet avläsas i princip redan direkt efter utgången av skadeåret. Förutsättningarna är att man är — så gott som 100-procentigt — säker på att inga skador efteranmäls samt att skadereserverna är korrekt satta.

3.1 Ekonomiskt utfall och bedömningar av risken i England

När man jämför förutsättningarna för att beräkna en så korrekt premie som möjligt mellan risker som antingen har ett villkor enligt skaderapporteringsprincipen claims made eller som gäller enligt orsakandeteorin, framstår det som uppenbart att den risk som tecknats på claims made-basis är betydligt enklare att analysera. Underlaget för underwriting verkar betydligt mer tillförlitligt — det bygger i mindre utsträckning på antaganden — även om dessa är kvalificerade — om framtida skadekostnader.

Eftersom man i England, i årtionden, har arbetat med risker som tecknats på claims made-baserade villkor, torde dessa risker visa ett gott ekonomiskt resultat. Så är emellertid inte fallet.

Flertalet underwriters är mycket tveksamma till att teckna professionsansvarsrisker. På grund av diverse politiska beslut inom försäkringsbolagen och syndikaten accepteras dock dessa risker under förutsättning att försäkringsåtagandet inte är alltför stort. Noteras bör dock att det finns vissa försäkringsbolag och syndikat som specialiserat sig på professionsansvar. Hos dessa kan de flesta risker kvoterats.

I och med att portföljen inte är speciellt stor hos de enskilda försäkringsgivarna erhåller man inte den eftersträfvade utjämningseffekten. En stor skada kan spoliera hela det aktuella skadeårets resultat. Med hänsyn till den

negativa utveckling som präglat den senare delen av 1980-talet är det en inte alltför drastisk slutsats att de flesta försäkringsgivare med små portföljer dras med negativa ekonomiska resultat.

Med viss förvåning får man därför konstatera att den engelska försäkringsbranschen dras med förluster på denna typ av risk, trots att den har haft förmånen att arbeta med claims made-baserade villkor under en längre tid. En förklaring till detta påstås även vara den konkurrenssituation som råder inom branschen. Försäkringsgivarna kan helt enkelt inte ta ut erforderlig premie. Denna förklaring verkar i viss mån märklig, eftersom försäkringsgivarna i nästa andetag talar om den ovilja som finns bland dem att teckna dessa risker.

De flesta underwriters tillstår dock att om portföljen är tillräckligt stor och välbalanserad samt om konkurrensen inte vore så hård mellan försäkringsgivarna, har denna typ av risk alla förutsättningar att ge ett positivt ekonomiskt resultat. De påpekar dock vikten av att inte ha en för liten portfölj. Premievolymen bör åtminstone uppgå till ett belopp som motsvarar den största enskilda riskexponeringen. Om den totala riskexponeringen är förhållandevis hög i förhållande till premievolymen, bör försäkringsgivaren överväga att sänka sitt självbehåll och kosta på sig ett återförsäkringsskydd. Ett annat alternativ är naturligtvis att undvika risker med höga försäkringsbelopp för enskilda skador. Detta resonemang kan tillämpas på riskslag, där man av erfarenhet känner till att endast ett fåtal skador anmäls varje år.

Vid mer skadefrekventa riskslag måste naturligtvis även andra faktorer påverka bedömningen av premievolymer och riskexponering. Vid dessa riskslag är det, om möjligt, än mer viktigt att se till att ha en tillräckligt stor portfölj — i premievolymer mätt. Genom att ha en hög premievolymer, egentligen ett stort antal försäkringstagare, når man den utjämningssef-

fekt som i princip alltid eftersträvas. Det är vidare viktigt att enskilt analysera de enskilda riskerna, för att därigenom försöka lägga risk-exponeringen på en rimlig nivå. Risker som bedöms vara goda kan tecknas till en högre riskexponeringsnivå, utan återförsäkring, medan de sämre riskerna dels bör bära en större premiekostnad och dels tecknas till en lägre riskexponeringsnivå.

4. Slutsatser

Efter dessa studier är det min fasta övertygelse att professionsansvaret bör försäkras enligt claims made-baserade försäkringsvillkor. Det påstås naturligtvis, och med viss rätt, att denna typ av försäkringsvillkor är till förmån främst för försäkringsgivaren. Det finns emellertid fördelar även för försäkringstagaren, varför jag vid en sammantagen bedömning anser att denna typ av försäkringsvillkor bör vara att föredra framför den typ, d.v.s. orsakandebaserade, som den svenska försäkringsbranschen idag oftast arbetar med.

Fördelen för försäkringsgivaren är främst att när ett visst engagemang upphör, upphör också åtagandena enligt försäkringsvillkoret. Vi slipper detta bekymmer med s.k. efteranmälda skador. När en försäkring utfärdats enligt orsakandebaserade villkor, upphör inte åtagandet förrän lagenlig preskription, vanligen tio år, inträtt. Försäkringsgivaren har dock kunnat uppbära avkastning på den premie som betalades in under försäkringstiden, men med hänsyn till den ständiga förändring som pågår i samhället samt till att även det ekonomiska klimatet förändras, uppgår den erhållna premien inklusive dess avkastning sällan till de skadebelopp som försäkringsgivaren tvingas utbetala flera år efter försäkringens upphörande.

Detta leder, enligt min uppfattning, till en orättvis premiesättning. Trots all den erfarenhet som finns inbyggd i IBNR-avsättningen är det i princip omöjligt att beräkna en premieinkomst som skall motsvara en skadekostnad,

när beräkningen tvingas göras ett antal år innan skadekostnaden blir känd. Detta leder till att försäkringsgivaren måste ta till sådana säkerhetsmarginaler att premien i vissa fall blir orimlig, trots att den i princip är korrekt uträknad.

Den stora fördelen för försäkringstagaren är möjligheten att erhålla ett försäkringsbelopp som vid den aktuella tidpunkten verkar vara nödvändigt. Om försäkringen tecknas på orsakandebaserade villkor, tenderar försäkringsbeloppen att vara för lågt tilltagna, oftast beroende på det ekonomiska klimat som rådde vid tidpunkten för försäkringens tecknande. Man kunde helt enkelt inte ana hur utvecklingen skulle te sig.

De problem som kan ses för en professionell rådgivares ansvar, när denne upphör med verksamheten, bör även i Sverige kunna lösas med någon form av run-off. Eftersom flera kategorier av professionella rådgivare i Sverige har ett personligt ansvar, borde en modell som liknar den lösning som i England används för f.d. partners, d.v.s. att företagets försäkring även omfattar f.d. partners skadeståndsskyldighet, vara att föredra.

Vid en övergång från orsakandebaserade försäkringsvillkor till claims made-baserade är det en mängd omständigheter som måste beaktas. Enligt min uppfattning är ingen omständighet så negativ att det är att föredra att fortsätta med orsakandebaserade försäkringsvillkor.

Även om rättssystemen inte är lika, bör den svenska försäkringsbranschen kunna dra stora fördelar av den erfarenhet som idag finns i övriga Europa. Jag kan inte heller se någon anledning till att den svenska försäkringsbranschen skall avvika från den standard som idag är vanlig inom de övriga ledande europeiska länderna.

Låt oss dra nytta av våra utländska kollegors erfarenheter och med öppna ögon anpassa den svenska försäkringsbranschens försäkringsvillkor för våra professionella rådgivare till europeisk standard.