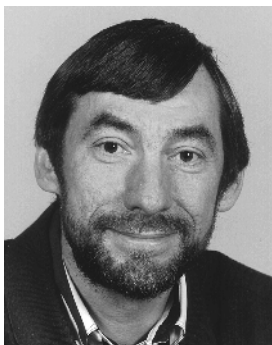


# Privatforsikring og forbrugerbeskyttelse

## Kritiske overvejelser og forslag til forbedring af danske forbrugeres retsstilling

af lektor, lic. Jur. **Ivan Sørensen**, Københavns universitet



Ivan Sørensen  
ivan.sorensen@jur.ku.dk

I forbindelse med den danske Forbrugerombudsmands overvejelser af etiske retningslinier for forsikringsbranchen anmodede Forbrugerombudsmanden lektor Ph. d. *Ivan Sørensen*, Det retsvidenskabelige Institut C, Københavns Universitet, om at foretage en udredning af forbrugernes beskyttelse på forsikringsområdet. »Udredning om bedre forbrugerbeskyttelse ved private forsikringer i Danmark« blev afleveret til Forbrugerombudsmanden i maj 2001.

Artiklen indeholder uddrag af udredningens kapitel 2 og 4 med mindre tilføjelser.

### 1. Tegningssituationen og aftalens indgåelse

#### 1.1 Tegning af forsikring

Efter nutidens sprogbrug kan det måske virke lidt ejendommeligt at bruge ordet „tegnings“ af forsikring, når forbrugere (eller andre) indgår en aftale om forsikring. Ved begrebet tegning må som udgangspunkt forstås, at den forsikringsøgende underskriver (tegner) en forsikringsbegæring udstedt af og beregnet til forsikringsselskabet. Den traditionelle form af indgåelsen af en forsikringsaftale indledes således med, at forbrugeren udfylder en formular med en række mere eller mindre detaljerede spørgsmål der skal besvares – alt med henblik på at forsikringsselskabet sættes i stand til at bedømme risikoen og beregne

præmien for den (økonomiske) risiko, selskabet skal overtage.

#### 1.1.1 Tegningsmåder og aftalens form

I adskillige år har det været praksis, at forsikringsselskaberne kræver skriftlighed i form af en forsikringsbegæring som den forsikringsøgende skal udfylde. Dette er da også stadig den almindelige form, når det gælder livsforsikring og til dels også ulykkesforsikring. Når det gælder andre forbrugerforsikringer ses i de senere år en mere nuanceret tegningsform. I flere selskaber kan – navnlig forsikringer med et simpelt indhold – således tegnes via telefonen. Selskabet udsteder her efter en police alene på grundlag af de oplysninger forbrugeren giver i telefonen. Det er

forskelligt, hvorledes selskaberne affatter policen efter sådanne telefoniske begæring. Eksempler findes i ankenævnets sager, jf. sag nr. 47.748/1998 og 53.161/2000, som viser nævnets nyeste og tilsyneladende faste praksis på området. Sag nr. 47.748 viser, at selv om selskabet efter telefonsamtalen bekræfter forbrugerens oplysninger om tidligere skader, og om at forsikringen ikke tidligere har været opsagt i andet selskab, udgør disse (mundtlige) oplysninger ikke et tilstrækkeligt bevis, når det viser sig at oplysningerne ikke er rigtige.

Denne praksis kan enten medføre en tilbagevenden til den skriftlige forsikringsbegæring og den lidt mindre smidige og nutidige tegningsmåde, eller den kan medføre, at omkostningerne eller tabet fordeles på de andre forsikringstagere.

I enkelte tilfælde er det muligt at tegne udvalgte forbrugerforsikringer via selskabernes hjemmesider på internettet, men dette sker i meget beskedent omfang. Flere selskaber har afsat økonomiske ressourcer og arbejder på at kunne tegne de almindelige forbrugerforsikringer via internettet.

Man bør være særlig opmærksom på, at risikoen for dobbeltforsikring kan være større ved de nye og fremtidige tegningsformer end ved den traditionelle skriftlige tegningsform. Jo hurtigere aftaleform, jo større risiko. Ved summaforsikring som livs- og ulykkesforsikring har det ikke større betydning, idet forbrugeren kan kumulere forsikringsydelse. Ved skadesforsikring, som f.eks. familieforsikring, vil der naturligvis ske fradrag, således at forbrugeren ikke opnår en højere erstatning end den, der svarer til den lidt skade. Selskaberne har indgået en såkaldt dobbeltforsikringsaftale, hvorefter forbrugeren har ret til at opsiges den ene af forsikringerne med øjeblikkelig virkning, dvs. uden respekt af det almindelige opsigelsesvarsel i aftalen.<sup>1</sup> Aftalen er indgået mellem selskaberne og omfatter tingsforsikring, ansvarsforsikring, arbejdsskade-

forsikring samt særlige forsikringstyper. Uden for aftalen er – naturligt nok – spørgsmålet om forsikringstagerens evt. ret til *ristorno* (tilbagebetaling) af præmie.

FAL §§ 41-44 indeholder reglerne om dobbeltforsikring. Disse regler knæsetter (bl.a.) princippet om selskabernes solidariske ansvar overfor forsikringstageren. Dette betyder, at forsikringstageren frit kan vælge, hvilket selskab der skal dække en evt. indtrådt skade.

Den ovenfor nævnte regresaftale omfatter som anført alene retsforholdet mellem selskaberne, og udrederen er ikke bekendt med en fast praksis hos selskaberne, når det gælder forbrugernes valgfrihed mht. hvilken forsikring der skal fortsætte og mht. tilbagebetaling af præmie i „overlappingsperioden“. Det vil imidlertid være nærliggende, at der opstilles ensartede regler gældende for forbrugeren – i de tilfælde, hvor forbrugeren utilsigtet har tegnet mere end en forsikring, der dækker samme interesse – om *ristorno* af præmie for „overlappingsperioden“, evt. begrænset af et mindstebeløb, og at forbrugeren tilsiges valgfrihed mht. hvilken forsikring der skal fortsætte (dette fremgår forudsætningsvis af „dobbeltforsikringsaftalen“), navnlig i tilfælde, hvor forsikringerne ikke i det væsentlige har samme dækningsområde.

#### **FORSLAG**

Det bør tilstræbes, at forbrugerforsikringer kan tegnes på en smidig og hurtig måde inden for rammerne af en forsvarlig juridisk aftaleform og økonomisk forsvarlig måde overfor selskabets forbrugere.

Den telefoniske tegning af forsikring ser ud til at være forbundet med fordele for forbrugeren og bør derfor styrkes inden for ovennævnte rammer. Det bør sikres, at forbrugeren også ved den telefoniske tegning modtager informationer om den pågældende forsikring, om dobbeltforsikring, og om hvilke op-

lysninger selskabet tillægger betydning ved tegningen. Hvis der udarbejdes retningslinier, vil det være nærliggende at regulere disse telefonsalg navnlig i de tilfælde, hvor forsikringen tegnes af en medarbejder der modtager provision eller præstationsløn.

På længere sigt må det elektroniske område vurderes, og udrederen er klar over, at Forbrugerombudsmanden følger udviklingen.

## **1.2 Har forsikringsselskaber en informationspligt?**

Forsikringsselskaber har en begrænset informationspligt ved forsikringens tegning. Ved *skadesforsikring* bestemmer lov om forsikringsvirksomhed § 256, at selskabet inden aftalen indgås skal oplyse forbrugeren om evt. lovvalgsklausul eller forslag til lovvalgsklausul. Desuden skal selskabet oplyse om mulighederne for klagesagsbehandling, dvs. at de selskaber, der er tilsluttede Ankenævnet for Forsikring, skal give oplysning om denne klagemulighed.

Ved livsforsikring skal selskabet – under hele forsikringens løbetid – informere om mulighederne for klagebehandling, ligesom det skal give tilstrækkelige oplysninger, der sætter forsikringstagerne i stand til at forstå de væsentligste elementer i forsikringen. De oplysninger der skal gives er bl. a. en årlig informationsoversigt over forsikringsydelse og bonus, jf. informationsbekendtgørelsens § 5.<sup>2</sup> Reglerne er belagt med bødestraf.

Også på andre områder er der en lovbestemt informationspligt for forsikringsselskaber. Efter forbrugeraftalelovens 13 b, stk. 2 er aftalen kun bindende for forsikringstageren, såfremt selskabet informerer om fortrydelsesretten senest når forsikringsbetingelserne udleveres.<sup>3</sup>

I Norge og Sverige indeholder lovgivningen en i forhold til de danske regler udvidet informationspligt. Den norske FAL 1989 indeholder relativt strenge retsvirkninger over

for det selskab, der har tilsidesat sin informationspligt. Selskaberne har en generel og en konkret informationspligt henholdsvis ved forsikringens tegning og lige efter tegningen, jf. lovens § 2-1 (skadesforsikring) og § 11-1 (personforsikring) og en konkret informationspligt, jf. § 2-2 (skadesforsikring). Reglerne i Sverige findes i Konsumentförsäkringslagen og försäkringsrörelseslagen. Reglerne i Konsumentförsäkringslagen suppleres med retningslinier i Konsumentverkets författningssamling 1981:3 om skadesforsikring. Såfremt en forsikring (f. eks.) omfatter nyværdierstatning, skal selskabet informere om, hvorledes dette skal forstås.

F&P<sup>4</sup> har i den forbrugerpolitiske handlingsplan beskrevet, hvad der skal forstås ved god forsikringsskik for rådgivning og henstillet, at selskaberne følger regelsættets 8 punkter. Det fremgår af (del-)henstillingen, at disse punkter er en direkte udløber af rådgiverudvalgets arbejde. Punkterne – der også indeholder en „informationspligt“ ved forsikringens tegning – har et ganske omfattende indhold.<sup>5</sup>

Af de initiativer der de senere år er taget, kan nævnes vejledningen om helbredsoplysninger, som i flere selskaber udleveres før eller ved tegning af personforsikring. Vejledningen indeholder en række gode råd om, hvorfor der skal gives helbredsoplysninger, hvilke oplysninger der skal gives, hvilke oplysninger der ikke skal gives osv.

Efter Forsikringsankenævnets praksis påhviler det et forsikringsselskab at sikre sig, at det vil fortsætte forsikringen på samme vilkår eller i hvert fald ikke ringere vilkår end de forsikringstageren havde i det afgivende selskab og at informere forsikringsøgende såfremt dækningen vil blive anderledes, jf. sag nr. 41.309/1996.

## FORSLAG

Det ville være nærliggende, at Forbrugerombudsmanden optager forhandlinger med forsikringsbranchen om præciserende retningslinier for selskabernes information ved forsikrings tegning. De 8 punkter i F&P's politiske handlingsplan kunne danne udgangspunkt for sådanne drøftelser, ligesom en bearbejdning af disse 8 punkter med henblik på at få større gennemsigtighed kan anbefales. Herunder bør retningslinierne præcisere, hvilke informationer det indtrædende selskab skal give.

### **1.3 Tegning af personforsikring – afgivelse af helbredsoplysninger**

#### **1.3.1 Helbreds – samtykke/fuldmagtserklæring ved livsforsikring**

Ved tegning af individuel livsforsikring skal den forsikringssøgende afgive helbredsoplysninger for at selskabet kan bedømme, om det vil tegne forsikringen og i bekræftende fald på hvilke vilkår.

Selskaberne anvender normalt en helbreds-erklæring udarbejdet (i 1994) som en standarderklæring for hele branchen. Forsikringssøgende skal besvare 13 hovedspørgsmål. Pligten til at give oplysninger om helbredsforhold er begrænset for visse sygdomme og lidelser der ligger 10 år før udfyldelse af erklæringen. Herudover indeholder erklæringen følgende spørgsmål: „Har De indenfor de sidste 10 år været syg eller uarbejdsdygtig i en sammenhængende periode på 1 måned eller mere?“ Hvis forsikringssøgende besvarer nogen af spørgsmålene bekræftende (f.eks. at han har haft ledsmerter), skal der udfyldes en helbredsattest af lægen, eller der skal gives yderligere oplysninger i øvrigt. Helbreds-erklæringen afleveres typisk sammen med forsikringsbegæringen.

I de tilfælde, hvor forsikringssøgende afleverer det der i forsikringsproget kaldes en

„blank“ helbreds-erklæring, – det vil sige at den forsikringssøgende oplyser, at han er fuldstændig rask – vil forsikringen normalt uden videre blive accepteret, medmindre en rutinemæssig undersøgelse i Bedømmelsesforeningens advarselsregister viser noget andet.

I de tilfælde, hvor der afleveres en helbreds-erklæring med oplysningerne om sygdom mv., skal der indhentes oplysninger fra forsikringssøgendes læge, speciallæger m. fl. Dette kræver efter lovgivningen samtykke fra forsikringssøgende.<sup>6</sup> Bedømmelsesforeningen har derfor udarbejdet en samtykke/fuldmagtserklæring, som er optaget i selve helbreds-erklæringen.

Denne erklæring har følgende indhold:

Jeg erklærer hermed at ovenstående oplysninger er i overensstemmelse med sandheden, og at jeg intet har fortiet. Jeg er klar over, at forsikringen kan nedsættes eller ophæves, hvis svarene ikke er fuldt sandfærdige, eller fortielse har fundet sted. Jeg giver samtykke/fuldmagt til, at selskabet kan indhente oplysninger om mine helbredsforhold. Der kan indhentes oplysninger, der er nødvendige for en fuldstændig vurdering af den forsikringsmæssige risiko. Samtykket/fuldmagten omfatter alene helbredsoplysninger forud for det tidspunkt, hvor selskabet har accepteret den ønskede forsikring. Når supplerende helbredsoplysninger afgives af læger, anvendes en nærmere aftalt erklæring, som suppleres med kopi af uddrag af relevant journalmateriale, hvis selskabet ønsker det.. Oplysningerne kan indhentes hos autoriserede sundhedspersoner, sygehuse og sundhedsmæssige institutioner, hos offentlige myndigheder samt hos andre forsikrings-selskaber og pensionskasser. Andre forsikrings-selskaber, pensionskasser, Arbejdsskadestyrelsen samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i sagens behandling, kan gøres bekendt med de indhentede oplysninger. Jeg giver samtykke til, at selskabet kan videregive oplysninger, herunder personnummer og

oplysninger om helbredsmæssige forhold, til registrering og behandling i Foreningen til Bedømmelse af Personforsikringsrisiko (Bedømmelsesforeningen). Samtidigt annulleres min eventuelle tidligere tilbagekaldelse af samtykke til behandling. Såfremt Bedømmelsesforeningen vurderer, at forsikring kan tegnes på normale vilkår, slettes de registrerede oplysninger.

Ifølge vejledningen<sup>7</sup> til patientretsstillingsloven

„...må det sikres, at det klart fremgår af fuldmagten på forsikringsansøgningen ... hvilket formål aktindsigten (helbredsoplysningerne) skal anvendes til. Forsikringssselskabet vil nemlig kun være berettiget til at rekvirere de journaloplysninger, der er nødvendige til det givne formål. Ved forsikringstegningen skal oplysningerne anvendes til en vurdering af den risiko forsikringssselskabet påtager sig ved at tegne forsikringen. En fuldmagt til aktindsigt i denne forbindelse omfatter derfor kun oplysninger om forsikringstagerens helbred forud for tegningstidspunktet. Dette gælder, uanset hvornår fuldmagten gøres gældende. Indeholder journalen oplysninger, der ikke vedrører forsikringstagerens helbredsforhold og derfor ikke er relevante for selskabets risikobedømmelse, bør aktindsigten til forsikringssselskabet ikke omfatte sådanne oplysninger“.

Helbredsoplysningerne kan ikke registreres i bl.a. Bedømmelsesforeningen, medmindre den forsikringssøgende har givet udtrykkeligt samtykke hertil.<sup>8</sup> Derfor indeholder samtykke/fuldmagtserklæringen også en tilladelse hertil. Som ethvert andet samtykke kan dette tilbagekaldes, jf. udtrykkeligt persondatalovens § 38, med virkning fra tilbagekaldelsen.

Datatilsynets har i afgørelse af 23. februar 2001 udtalt, at virkningen af at et samtykke tilbagekaldes efter persondatalovens § 38 er, at oplysningerne skal undgå af advarselsregisteret. De indhentede oplysninger må dog

stadig opbevares i Bedømmelsesforeningen, men skal være blokeret for adgang.

Tilføjelsen i slutningen af den ovenfor citerede erklæring (4. afsnit, sidste pkt.) er indsat for at undgå den virkning af § 38 og Datatilsynets afgørelse, at en person, der tidligere har fået afslag eller har fået skærpede vilkår senere, tegner forsikringen på grundlag af urigtige helbredsoplysninger.

#### Forslag

For at undgå eller dæmpe op for de problemer, der i en årrække har været med selskabernes såkaldte anfægtelsessager, peger udrederen på de muligheder, der ligger i selve tegningssituationen. F&P's vejledning om afgivelse af helbredsoplysninger og brugen heraf i selskaberne er skridt i den rigtige retning. Udrederen har erfaret, at vejledningen skal have medført, at antallet af anfægtelsessager er faldet.

Udrederen har fået oplyst, at i langt de fleste tilfælde af tegning af livsforsikring medvirker en assurandør eller anden repræsentant for selskabet. Det er derfor vigtigt, at frontpersonalet stedse er klar over betydningen af rådgivningen af kunderne mht. afgivelse af helbredsoplysninger. Dette gælder enhver der sælger (person-)forsikringer, herunder også frontpersonale i bank og realkreditinstitut. Udrederen noterer sig, at der ikke er særlige regler herom i de etiske regler for banker og realkreditinstitutter.

Udvalget om revision af forsikringsaftaleloven skal bl. a. se nærmere på forsikringsaftalelovens regler om urigtige oplysninger. Mht. til selskabernes rådgivning på tegningstidspunktet vil udrederen foreslå, at Forbrugerombudsmanden igennem eventuelle kommende retningslinier søger at påvirke til en øget intensivering af frontpersonales rådgivning.

Den samtykke/fuldmagtserklæring, der er udarbejdet af Bedømmelsesforeningen, er omfattende, men kan næppe forkortes, når

henses til den gældende lovgivning. Derimod foreslås erklæringens første afsnit, hvor forsikringsøgende skriver under på rigtigheden af de afgivne helbredsoplysninger og konsekvenserne af, at der er afgivet urigtige oplysninger, udgår af selve samtykkeerklæringen. Desuden foreslås det, at selve erklæringen med samtykke/fuldmagt enten fremhæves med særlige skrifttyper eller optages på et særskilt (evt. vedhæftet) papir, som forbrugeren skal underskrive. Hermed skal forbrugeren underskrive dels helbredserklæringen, dels samtykke/fuldmagtserklæringen. Dette må antages at sikre, at forsikringsøgende har forstået, hvad det er han underskriver.

### **1.3.2 Helbreds – samtykke/fuldmagtserklæring ved ulykkesforsikring**

Ved tegning af ulykkesforsikring skal forsikringsøgende også udfylde en helbredserklæring dog med et mindre antal spørgsmål end ved livsforsikring. Derimod gælder der normalt en tidsbegrænset svarpligt på selskabets spørgsmål og hermed ikke nogen „forældelsesfrist“ for helbredsforhold, der ligger mere end 10 år tilbage. Udrederen har ikke et tilstrækkeligt grundlag til at vurdere, hvorfor der er denne forskel mellem livsforsikring og ulykkesforsikring, men har erfaret, at den (bl.a.) skyldes, at de lidelser eller sygdomme, der er relevante for selskabernes bedømmelse af risikoen ved ulykkesforsikring, vedvarende vil give anledning til individuelle forbehold i policerne for at undgå enhver tvivl, når/hvis der sker en skade under medvirken af den pågældende lidelse eller sygdom.

Samtykkeerklæringen er mere enkel end ved livsforsikring. Bl. a. skal der ikke gives samtykke til registrering i Bedømmelsesforeningen, idet det ligger uden for foreningens område at bedømme tegning af ulykkesforsikring. Derimod indeholder helbredserklæringen (der ofte er bagsiden af begæring-

en) hos nogle selskaber følgende ordlyd:

„Undertegnede giver ... samtykke til, at selskabet søger oplysninger hos de læger, lægelige institutioner, forsikringsselskaber, Arbejdsskadestyrelsen og andre offentlige eller kommunale institutioner, som har eller vil få kendskab til min helbredstilstand, og at selskabet kan gøre disse bekendt med det til selskabet oplyste“.

Denne erklæring er i strid med de gældende regler, idet den omfatter samtykke til, at selskabet indhenter oplysninger ikke alene om forsikringsøgendes nuværende, men også om forsikringsøgendes fremtidige helbredsforhold. Det første, men ikke det sidste, er tilladt, jf. Sundhedsministeriets ovenfor i afsnit 5.1. citerede vejledning til patientretsstillingsloven.

#### **FORSLAG**

Hvad angår helbredserklæringen og rådgivning henvises til bemærkningerne lige ovenfor.

Med hensyn til samtykke/fuldmagtserklæringen foreslås det, at Forbrugerombudsmanden tager kontakt med forsikringsbranchen og påpeger, at en erklæring som den, der er gengivet ovenfor, forekommer i praksis i strid med de gældende regler.

### **1.3.3 Samtykkets tidsmæssige udstrækning**

Ifølge lov om patienters retsstilling bortfalder et samtykke senest et år efter, at det er givet (§ 27, stk. 2). Det normale vil være, at et samtykke der tilbagekaldes først får virkning fra tilbagekaldelsen og ikke med tilbagevirkende kraft. Det fremgår ikke af loven eller dens forarbejder, om det samme skal gælde efter lovens affattelse „bortfalder“. I en vejledning fra Sundhedsstyrelsen<sup>9</sup> fremgår det imidlertid, at der skal sondres mellem samtykke til videregivelse af oplysninger og fuldmagt til aktindsigt, og at den et-årige regel ikke omfatter selskabets fuldmagt, som nor-

malt vil have en længere varighed afhængig af dens affattelse.<sup>10</sup>

#### FORSLAG

Udrederen har ikke undersøgt spørgsmålet nærmere, men umiddelbart virker konstruktionen af samtykke og fuldmagt noget omstændelig og er måske ikke nødvendig. Mht. eet-års reglen i patientretsstillingslovens § 27 må denne vel opfattes således, at selskabet kan gøre brug af samtykket indenfor eet år. Et givet samtykke tilbagekaldes ikke med tilbagevirkende kraft. Registrering af helbredsoplysningerne i selskabet inden denne frist udløber omfattes ikke af denne regel, men derimod af reglerne i persondataloven, jf. nærmere denne lovs § 38 – og dette er noget ganske andet.

Forbrugernes beskyttelse berøres næppe af denne problemstilling, men Forbrugerombudsmanden har mulighed for at gøre resortministeriet opmærksom på den uhensigtsmæssige konstruktion.

### 1.3.4 Forbud mod brug af gentests

Forsikringstageren skal ikke give oplysninger om undersøgelser, der kan belyse hans arveanlæg, jf. FAL § 3 a der har følgende ordlyd:

„Selskabet må ikke i forbindelse med eller efter indgåelse af aftaler efter denne lov anmode om, indhente eller modtage og bruge oplysninger, der kan belyse en persons arveanlæg og risiko for at udvikle eller pådrage sig sygdomme, herunder kræve undersøgelser, som er nødvendige for at tilvejebringe sådanne oplysninger. Det gælder dog ikke oplysninger om den pågældendes eller andre personers nuværende eller tidligere helbredstilstand“.

I sag nr. 48.700/1999 har Forsikringsankenævnet fundet det i overensstemmelse med bemærkningerne til loven, at et forsikrings-

selskab ved bedømmelsen af tegning af en livsforsikring har anvendt oplysninger om den forsikringssøgendes familiære dispositioner til en bestemt sygdom. (Dette fremgår direkte af lovens ordlyd, jf. bestemmelsens sidste punktum.) Bedømmelsesforeningen havde meddelt afslag på dødsfaldsdækning og invaliditetsdækning.

I Sverige findes der ikke lovgivning på dette område, men Sveriges Forsikringsforbund har indgået aftale med Staten om at medlemsselskaberne ikke beder om eller gør brug af tidligere gennemført géntest, når det gælder forsikringserstatninger op til ca. 500.000,- sv. kr. ved engangsbeløb og op til et nærmere bestemt basisbeløb ved årlige udbetalinger. Forbudet omfatter også familieoplysninger, som er defineret som forekomsten af arvelige sygdomme i slægten (aftalens § 4).

I Norge gælder der et „forbud mot bruk av genetiske opplysninger“ i lov om medisinsk bruk af bioteknologi § 6-7. Det antages, at forbudet ikke omfatter familiære dispositioner, jf. NOU 2000:23, s. 67. I udvalget bag ved denne betænkning var der ikke enighed om et forslag om (fortsat) forbud mod selskabernes anvendelse af gentests (side 130).

INO 2000:23 foreslåen lovregel (i FAL), der minder om 10-års reglen i dansk (livs-) forsikringspraksis (forslagets § 13-1 c). I den norske udredning drøftes også formen af og brugen af samtykkeerklæringer (kap. 12).

#### FORSLAG

Det foreslås, at overveje at oplysninger om familiedisponerede sygdomme på lige fod med DNA-undersøgelser ikke må bruges, jf. ovenfor om den svenske model. Det kan være vanskeligt at forstå, at en med en vis statistisk sandsynlighed arvelig sygdom hos forsikrede familie godt må bruges, mens resultatet af en DNA-analyse, der viser et sygdomsgén hos samme forsikrede, ikke må bruges.

Dette er et lovgivningsspørgsmål. FAL-

udvalget<sup>11</sup> kan overveje mulighederne.

For at undgå unødvendig tvivl hos forbrugeren og det sundhedspersonale, der får forevist samtykke/fuldmagtserklæringen, foreslås, at der i samtykkeerklæringen indføjes en ganske kort omtale af „forbudet“ i FAL § 3 a.

### 1.3.5 Urigtige risikooplysninger

I de sidste årtier har reglerne om urigtige risikooplysninger i FAL §§ 4-10 været genstand for megen diskussion i medierne, forsikringsbranchen og fra politisk side. Udvalget om revision af lov om forsikringsaftaler skal efter kommissoriet tage stilling til, om disse bestemmelser bør revideres.

Herudover kan der peges på, at lovens § 6 kræver, at de urigtige oplysninger skal have haft betydning for selskabets bedømmelse af risikoen. Ellers får de urigtige oplysninger ingen betydning. Ved *ulykkesforsikring* træffes afgørelsen heraf på grundlag af selskabets oplysninger om dets antagelsespolitik, ofte suppleret med oplysninger om branchekutyme, jf. til eks. UfR<sup>12</sup> 1997.683 H. Det ligger normalt uden for Bedømmelsesforeningens område at udtale sig i ulykkesforsikrings sager. Undtagelsen er erhvervsudygtighedsforsikringer, som Bedømmelsesforeningen har erfaring med fra livsforsikring. En sådan udtalelse blev lagt til grund i UfR 1990.645 V.

#### FORSLAG

Udrederen har erfaret, at der i ca. 85% af selskabernes anfægtelsessager er årsagssammenhæng mellem de urigtige oplysninger og den indtrådte skade (forsikringsbegivenhed). Dette må alt andet lige betyde, at der i ca. 15% af sagerne ikke er årsagssammenhæng. På dette grundlag er det udrederens opfattelse, at optagelse af en kausalitets-regel i FAL § 6 i kombination med pro rata reglen vil kunne imødegå en del af den kritik den gældende pro rata

regel ofte er udsat for.

Der er to muligheder for at gennemføre en kausalitetsregel. Den ene består i ændret lovgivning. Her peges på FAL-udvalget. Den anden mulighed består i en ændring af de gældende forsikringsvilkår om at forbrugeren skal have fuld erstatning, hvis der ikke foreligger årsagssammenhæng og ellers skal have ret til erstatning efter pro rata - reglen. FAL § 6, stk. 2 kan fraviges i forbrugernes favør.

Udrederen foreslår, at Forbrugerombudsmanden følger udviklingen i FAL- udvalgets arbejde.

Med hensyn til udtalelserne i ulykkesagerne om betydningen af urigtige oplysninger for risikovurderingen kunne der være grund til at undersøge, om der vil være fordele forbundet med – om muligt – at trække på ekspertisen i Bedømmelsesforeningen. Dette kunne sikre forbrugerne en forsikringsmedicinsk vurdering ved siden af branchekutymen.

### 1.3.6 Klager over selskabets afgørelse

Bør selskabets afgørelse kunne påklages? Da en forsikringsaftale er en privatretlig aftale står det selskaberne frit, om de vil indgå aftalen eller ikke, og en klageinstans vil derfor have mindre betydning, medmindre der samtidig indføres kontraheringspligt. Efter de oplysninger udrederen har fået, er det sjældent at livsforsikring afvises.

Mht. ulykkesforsikring har udrederen ikke nogen oplysninger om omfanget af afvisninger og forsikringer med skærpede vilkår. Ulykkesforsikring falder uden for Bedømmelsesforeningens område, og det er derfor alene selskabernes vurdering der ligger til grund for afgørelsen.

Da afslag på at tegne personforsikring kan have stor økonomisk betydning for den enkelte forsikringsøgende, kan der være grund til at overveje, om der bør indføres kontraheringspligt og om forsikringsselskabers afvis-



ning eller forbehold skal kunne prøves af et uvildigt organ.

I NOU 2000:23 foreslår et flertal i udvalget en kontraheringspligt ved personforsikring. I Sverige har selskaberne kontraheringspligt ved skadesforsikring, men ikke ved personforsikring. I Forslaget til ny forsikringsaftalelov foreslås der også kontraheringspligt ved personforsikring.<sup>13</sup>

#### FORSLAG

Det er udrederens opfattelse, at kontraheringspligten, som den ses i Sverige og som den foreslås i Norge, reelt vil have begrænset betydning.

Med hensyn til ulykkesforsikring er der grund til at overveje, om forbrugeren bør have mulighed for at få efterprøvet selskabets afvisning eller skærpede vilkår. I disse overvejelser bør indgå de muligheder, der ligger i Bedømmelsesforeningens ekspertise på livsforsikringsområdet.

Det anbefales, at spørgsmålet undersøges nærmere eventuelt i FAL-udvalget.

### 1.3.7 Information ved afslag eller skærpede vilkår

Der findes ikke lovregler om begrundelsespligt, når et forsikringsselskab afviser forsikring eller vil overtage en forsikring, men alene på skærpede vilkår (f.eks. præmieforhøjelse eller særlige forbehold). F&P's Forbrugerpolitiske Handlingsplan indeholder heller ikke nogen henstilling eller anbefaling om, at selskaberne giver en begrundelse.

Udrederen er bekendt med, at nogle selskaber allerede har indarbejdet en begrundelsesregel i sagsbehandlingen i personforsikring. Andre selskaber er i gang med at indføre den, og atter andre har ikke nogen regel om, at afgørelser skal begrundes. Nogle af de selskaber der giver en begrundelse henviser f. eks. blot til „de modtagne helbredsoplysninger“,

eller, hvis der er tale om mindre alvorlige sygdomme, henviser til disse konkret. Ved alvorlige sygdomme henviser alle selskaber forsikringssøgende til egen læge, hvis der ønskes yderligere oplysninger om de helbredsoplysninger, der er lagt til grund.

Ved livsforsikring vil afgørelsen som regel være truffet af Bedømmelsesforeningen, og forsikringssøgende kan da få aktindsigt og en nærmere begrundelse derfra.

#### FORSLAG

Navnlig ved personforsikring må det anses for vigtigt, at der ikke hersker tvivl om, at selskabets afvisning eller nye tilbud sker på et sagligt forsikringsmæssigt grundlag, og at afgørelsen ledsages af en skriftlig individuel begrundelse. En begrundelse bør således indeholde en henvisning til de forhold, der er indgået i afgørelsen, dvs. både forsikredes helbredsforhold og forsikringsmæssige risici. I hvilket omfang selskabet skal specificere sygdomme må afgøres efter en ganske konkret vurdering, men en afvisning med henvisning til „det om Deres helbredsforhold oplyste“ er lige så god som ingen begrundelse. Det vil være nærliggende, at FAL-udvalget overvejer sådanne regler.

### 1.4 Bedømmelsesforeningens<sup>14</sup> rolle

Vurderingen af om der er tale om lægeligt komplicerede tilfælde foretages af selskaberne på grundlag af den såkaldte gule bog (retningslinier, risikovurdering). Foreningens såkaldte blå bog omfatter de sygdomstilfælde den gule bog ikke omfatter og benyttes af foreningens læger.

Bedømmelsesforeningen anvender følgende styringsinstrumenter ved afgørelsen af den konkrete risikovurdering: Afslag, opsættelse af risikovurderingen (f.eks. fordi forsikringssøgende har en ikke afklaret lidelse), skærpe-

de vilkår, f.eks. forhøjet præmie eller særlig klausul og normale vilkår.

Bedømmelsesforeningens afgørelse – der ifølge dens vedtægter kun er vejledende for selskabet – sendes til selskabet, som træffer den endelige afgørelse af, om forsikringen skal tegnes og i bekræftende fald på hvilke vilkår. Såfremt forsikringssøgende er utilfreds med afgørelsen, kan denne forlange aktindsigt i Bedømmelsesforeningens sag og i øvrigt klage over afgørelsen. Foreningen vil herefter fremsende en begrundet afgørelse. Begrundelse, der angår forsikringssøgendes helbred, vil blive overvejet af foreningens læger. I visse tilfælde af alvorlig sygdom henvises forsikringssøgende til egen læge, der har oplysningerne.

Fremkommer der nye oplysninger i en sag, kan forsikringssøgende forlange sagen genoptaget i foreningen og få en ny afgørelse.

#### FORSLAG

Der har været rejst kritik mod Bedømmelsesforeningen for ikke at ville udlevere den såkaldte gule og blå bog. Det ligger uden for udrederens opgave at tage stilling til dette.

En anden del af kritikken har været, at foreningen er for „lukket“. Generelt er det nærliggende at pege på mulighederne for en synliggørelse af Bedømmelsesforeningen f. eks. ved information om dens virksomhed og konkret kan peges på en egentlig vejledning om „klageproceduren“.

Herudover findes der anledning til at pege på, at der i Bedømmelsesforeningen ligger et meget stort erfaringsmateriale og en ekspertise på personforsikringens område, som kunne åbne mulighed for anvendelse i andre sammenhænge.

## 1.5 Tingsforsikring

Ved tingsforsikring som auto-bygnings- og indboforsikring skal forsikringssøgende normalt (også) udfylde en begæring. Der skal svares på spørgsmål om forsikringssøgende tidligere har haft skader og hvor mange, og om han er blevet opsagt i noget selskab. Selskabet reagerer i givet fald ofte ved at meddele afslag eller skærpede vilkår. Skærpede vilkår vil være præmieforhøjelse, selvrisiko, særlige ansvarsfraskrivelsesklausuler eller bestemte sikkerhedsforskrifter (f. eks. tyverialarm).

Afgiver forsikringssøgende urigtige oplysninger, risikerer han, at erstatningen for indtrådte skader nedsættes eller helt bortfalder efter reglerne i FAL §§ 4-10.

### 1.5.1 Information ved afslag eller skærpede vilkår

Forsikringsselskaberne har ingen pligt til at begrunde et afslag eller lign. på forsikring. De hyppigste kendte årsager til afslag på forsikring er mange skader, præmierestance og opsigelse i tidligere selskab. Det er normalt, at selskaberne har en fast antagelsespolitik om hvor mange skader der accepteres, således at frontpersonalet (f. eks. assurandøren) har klare retningslinier de skal følge. Det er forskelligt, hvorledes selskaberne giver afslag på forsikring. Formen af afslaget afhænger ofte af formen af forsikredes henvendelse. Et selskab oplyser, at afslag ofte gives mundtligt.

Når taksator besigtiger en bygning med henblik på tegning af forsikring er det forskelligt, hvilke oplysninger der gives forsikringssøgende på stedet. Taksator er normalt ikke bemyndiget til at tegne forsikring eller via sin besigtigelse på forhånd at give bindende tilsagn om forsikringstegning. Assurandør-Societetet (nu F&P) har da også tidligere udtalt, at taksators besigtigelse ikke indebærer en indeståelse for godkendelse af bygningens tilstand.

#### FORSLAG

Ligesom ved personforsikring foreslås det, at selskaberne skal give en begrundelse for afgørelsen. Endvidere foreslås det, at der i højere grad end det synes at være tilfældet i dag, foretages en individuel bedømmelse af den forsikrings søgendes tidligere skadesforløb, inden forsikring afvises eller skærpede vilkår fastsættes.

Det vil være nærliggende, at FAL-udvalget overvejer sådanne regler, og at Forbrugerombudsmanden – i mangel af lovregulering – følger spørgsmålet op.

## 2. Ændring og opsigelse af aftalen

### 2.1 Selskabets ændringer

I forsikringsaftalen (læs: Forsikringsbetingelserne) er der normalt hjemmel til at selskabet kan ændre forsikringsvilkår, forsikringssum og selvrisiko enten ved forsikringens udløb eller ved en anmeldt skade med et varsel på henholdsvis en måned (f.eks.) og 14 dage (f.eks.). Det er ikke almindeligt, at forsikringsbetingelserne henviser til retningslinierne for accept ved ændring af forbrugerforsikring, som beskrevet i kap. 1 afsnit 7. Retningslinierne findes på Forbrugerstyrelsens hjemmeside ([www.fs.dk](http://www.fs.dk)).

De vejledende retningslinier sonder mellem væsentlige ændringer (pkt. 2) og ikke væsentlige ændringer i dækningsomfanget (pkt. 3). Såfremt selskabets ændringer må anses for væsentlige, skal forsikringstageren udtrykkeligt acceptere ændringerne, hvorefter der er tale om en ny aftale. Ved ikke væsentlige ændringer i dækningsomfanget anvendes passiv accept, hvilket betyder, at forsikringen fortsætter på de ændrede vilkår, såfremt forsikringstageren fortsætter præmiebetalingen.

Begreberne „ikke væsentlige ændringer“ men ikke „væsentlige ændringer“ er defineret i retningsliniernes pkt. 3.5 på følgende måde:

„Ved ikke-væsentlige ændringer i dækningsomfanget forstås, at indskrænkninger i dækningsomfanget efter selskabets beregninger skønnes ikke at overstige 10% opgjort på grundlag af skadesudgifterne i det seneste offentliggjorte regnskab. Udvidelser af dækningsomfanget anses ikke for en væsentlig ændring“

Hvis skadesudgifterne i selskab A i år 2000 eksempelvis har været 10 mill. kr., og indskrænkningerne i dækningsomfanget f.eks. anslås til 800.000 kr., er der ikke tale om en væsentlig ændring, der kræver udtrykkelig accept fra forsikringstagerne. Ændres dækningen i kroner og øre vil beregningen formentlig ikke volde problemer, men er der tale om ændringer af ordlyden i vilkår, må beregningen antages at være forbundet med stor usikkerhed.

Selv om forbrugerne vil kunne se selskabets offentliggjorte årsregnskaber og vel også kan få en vis vejledning i Finanstilsynet, må det anses som noget nær en umulig opgave at gennemskue beregningen og anvendelsen af denne regel i retningslinierne.

Ankenævnet for Forsikring har i sag nr. 32.251/1992 tilsyneladende lagt vægt på præmiestigningen og ikke på ændringen af dækningsomfanget, da nævnet tilsidesatte et selskabs anvendelse af passiv accept.

I en anden sag (nr. 48.886, citeret i FED<sup>15</sup> 1999.1888) har ankenævnet – tilsyneladende uden nogen nærmere prøvelse efter retningsliniernes pkt. 3.5.<sup>16</sup> forudsat, at selskabet havde overholdt dette pkt. I øvrigt var der uenighed i nævnet om manglende overholdelse af retningsliniernes pkt. 3.11, der indeholder et formkrav, skulle medføre en tilsidesættelse af ændringen. En tilsidesættelse synes dog kun at have hjemmel i pkt. 3.7., der lyder således:

„3.7. Hvis forsikrings-selskabet fejlagtigt ved passiv accept har foretaget en indskrænkning i dækningsomfanget, som omfatter en forsikringstageren overgået skade, skal forsikrings-selskabet yde fuld forsikringsdækning, som om indskrænkningen ikke var foretaget“.

Det var dette punkt 3.7. ankenævnet anvendte i den førstnævnte sag nr. 32.251.

Retningsliniernes pkt. 3.9 bestemmer, at selskabet skal varsle de ikke væsentlige ændringer med mindst den frist der gælder ved opsigelse, dvs. typisk en måned. En standardforsikring som Familiens Basisforsikring synes dog at forudsætte, at selskabet ved denne forsikring har ret til at foretage ændringer i aftalen efter forsikringstagerens anmeldelse af skade (vilkårenes pkt. 16, jf. pkt. 17.2.). En sådan ændring må imidlertid anses for at være i strid med retningslinierne.

Retningslinierne er „kun“ vejledende – som selskabet også påberåbte sig i den ovenfor citerede ankenævns sag 48.886 – og indeholder ikke nogen „sanktioner“ overfor dette vilkår. Da retningslinierne må antages at være udtryk for god forsikringsskik (og god markedsføringsskik), jf. lov om forsikringsvirksomhed § 7, må det dog antages, at vilkår og adfærd der strider mod ikke ubetydelige punkter i retningslinierne kan tilsidesættes. Det må derfor kunne konkluderes, at retningslinierne kan være bindende for selskaberne, men ikke for forbrugerne.

Et selskab med en betydelig markedsandel på forbrugerområdet har i nogle forsikringsvilkår optaget regler om, at ændring af forsikringsvilkårene kan gennemføres med virkning fra enhver præmieforfaldsdag dog forudsat, at der er givet et skriftligt varsel herom. Et sådant vilkår er i sig selv i strid med retningslinierne (selv om disse faktisk måtte blive fulgt).

Et andet selskab, også med en betydelig markedsandel, har forsikringsbetingelser, der indeholder et krav om at forsikringstagerne

skriftligt skal underrette selskabet, hvis de ikke vil acceptere ændringer i forsikringsvilkårene eller præmien. Et sådant vilkår er i strid med retningslinierne.

Udrederen er ikke bekendt med, at retningslinierne skulle være prøvet ved domstolene. Det kan konstateres, at Ankenævnet for Forsikring, der har nogle fåtallige sager om anvendelsen af retningslinierne, viger tilbage for at foretage en egentlig prøvelse af retningsliniernes pkt. 3.5. Det må da også konstateres, at pkt. 3.5. er uigennemsigtig og så kompliceret, at den ikke vil kunne anvendes af den almindelige forbruger. Samtidig er det dog udrederens opfattelse, at retningslinierne i almindelighed bruges af selskaberne på ledelsesniveau, og at der foregår bestræbelser for at overholde de komplicerede regler. Det må derfor antages, at retningslinierne i hvert fald har en vis præventiv virkning ved selskabernes ændringer af forsikringsaftaler.

Problemerne omkring anvendelsen af passiv accept ved ændring af forsikringsaftaler opstod i 1970'erne, hvor udviklingen af de såkaldte masseudsendelser via EDB for alvor begyndte i forsikringsbranchen. Ved Østre Landsrets dom i UfR 1977.216 – som opfattes som den ledende dom på området – blev det slået fast, at en forsikringstager, der havde fortsat præmiebetalingen efter modtagelsen af ændringsmeddelelse, stiltiende havde godkendt de ændrede vilkår. Samtidig blev det slået fast at bevisbyrden for at en massemeddelelse er sendt til forsikringstageren påhviler selskabet. Denne bevisbyrde kan løftes ved fremlæggelse af EDB-udskrifter fra den pågældende dag. Herefter er det forsikringstageren der skal bevise, at ændringsmeddelelsen ikke er modtaget. Ved Østre Landsrets senere dom i UfR 1983.804 blev det fastslået, at selskabets ændringsmeddelelse skal være klar, tydelig og let forståelig. Er dette krav ikke opfyldt, anses de nye vilkår ikke for tiltrådt af forsikringstageren ved passiv accept.

Ankenævnet har i adskillige kendelser tiltrådt principperne i disse domme, og som det kan ses bygger de ovenfor nævnte retningslinier til dels på principperne i dommene.

#### FORSLAG

De vejledende retningslinier opfylder ganske givet nogle behov for beskyttelse mod selskabernes ændringer af aftalerne, og det må også erkendes, at selskaberne har en anerkendelsesværdig interesse i at kunne anvende passiv accept i forbindelse med de såkaldte masseudsendelser. Dette kommer også forbrugerne til gode i form af sparede omkostninger.

Selv om retningslinierne ikke ses at have givet anledning til mange klager til Forsikringsankenævnet, er det dog udrederens opfattelse, at disse på flere punkter trænger til en opstramning. Herunder bemærkes at pkt. 3.5. savner gennemsigtighed. Det anbefales, at Forbrugerombudsmanden tager kontakt til forhandlingsparterne med en opfordring til at der foretages en revision af retningslinierne.

Det bør overvejes, om ikke den vigtige regel i retningsliniernes pkt. 3.5 i højere grad kan tilgodese hensynet til den enkelte forbruger ved at spørgsmålet, om der er tale om en væsentlig ændring, ikke måles efter selskabets samlede policebestand, men i højere grad tager hensyn til, hvad der for den enkelte forbruger må anses for at være en væsentlig ændring.

Det bør også i højere grad klargøres, i hvilket omfang retningslinierne bør være bindende for selskaberne. Eksempelvis bør de ovenfor nævnte pkt. 3.5, 3.7. og 3.9. ikke kunne fraviges til skade for forbrugerne. En naturlig konsekvens heraf vil være, at der også i højere grad fastslås, hvilke virkninger der skal indtræde, hvis et selskab tilsidesætter retningslinierne.

Endelig anbefales, det at retningslinierne gø-

res mere synlige overfor forbrugerne. Det vil være nærliggende at overveje at indarbejde en henvisning til de vejledende retningslinier i de almindelige forbrugerforsikringsbetingelser. Der bør i hvert fald tages initiativ til at forhindre, at forsikringsvilkårene indeholder bestemmelser der strider mod retningslinierne.

Herudover foreslås, at FAL-udvalget på længere sigt overvejer i en eller anden form at indarbejde i hvert fald væsentlige elementer fra retningslinierne i forsikringsaftaleloven.

## 2.2 Forbrugerens ændringer

På forbrugerområdet anvendes der i almindelighed standardkontrakter, når det gælder forsikringsbetingelserne. Dette indebærer, at betydelige områder af forbrugernes forsikringsbehov dækkes af ensartede kontrakter inden for det enkelte forsikringselskab. Det ligger derfor i sagens natur, at forbrugernes forhandlingsrum er meget beskedent, når det gælder disse forsikringsbetingelser. Dette indiceres jo også af selve anvendelsen af begrebet *forsikringsbetingelser* og *forsikringsvilkår*.

De standardiserede forsikringsbetingelser vil normalt dække forbrugernes gennemsnitlige forsikringsbehov. Imidlertid vil sådanne forsikringsbetingelser for adskillige forbrugere have et dækningsområde, der er større end deres behov. Dette er også en af grundtankerne med afdækning af risici ved forsikring. Når Familiens Basisforsikring dækker tyveri af (f.eks.) cykler og møntsamlinger, er den forbruger, der ikke har sådanne goder, med til at betale for den forbruger, der har sådanne goder. Imidlertid er der mulighed for den enkelte forbruger i et vist omfang at fravælge visse dækninger allerede ved tegningen af forsikringen.

Hvis aftalen indeholder individuelle kontraktvilkår, vil disse normalt fremgå af policen eller et tillæg til policen. Eksempler på

sådanne er klausuler i ulykkesforsikring om ansvarsfraskrivelse for bestemte lidelser. Det kan være „pålæg“ om at bestemte forskrifter skal overholdes, f.eks. installation af tyverialarmer eller „pålæg“ om en forhøjet selvrisiko på autoforsikring. Forbrugers rum mht. at få ændret sådanne vilkår er (også) beskedent, men der er dog mulighed for at forbrugeren – i et vist omfang – kan få berettigelsen af sådanne klausuler prøvet af Ankenævnet for Forsikring.

#### FORSLAG

Selv om forbrugernes forsikringer i almindelighed består af standardiserede forsikringsvilkår, bør der være mulighed for at tilpasse disse til ændringer i forbrugers tilværelse i forsikringsløbetid. Den forbruger, der bliver pensioneret eller bliver arbejdsudygtig osv., kan have et akut behov for at få modificeret sine (tings-)forsikringer til den nye situation, han eller hun nu står i.

Der har da også i en årrække bestået muligheder for f.eks. pensionister at tegne f.eks. indboforsikring med et mindre dækningsomfang og med en beskedent forsikringssum.

Et selskab har oplyst, at f. eks. personer med et fysisk handicap kan tegne ulykkesforsikring på lige fod med andre personer i samfundet. Mht. personer med psykiske lidelser tages selskabets lægekonsulent med på råd.

Det må anses for vigtigt, at forsikringsprodukterne er fleksible og smidige, navnlig i forhold til den forbruger, der er slået ud af arbejdsmarkedet eller pensioneres, og derfor ikke har behov for de ofte omfattende standardiserede tingsforsikringer, eller eksempelvis har behov for en personforsikring med et andet dækningsområde end hidtil.

Udrederen er bekendt med, at der de sidste par år er sket en omfattende produktudvikling inden for personforsikringsområdet, men har ikke et tilstrækkeligt grundlag til at vurdere, i hvilket omfang denne gruppe reelt

tilgodeses af de gældende forsikringsprodukter, eller hvilke behov der er hos denne forbrugergruppe. Som et led i bestræbelserne på at skabe større gennemsigtighed og sammenlignelighed foreslås, at selskaberne fremstiller oversigter over de personforsikringer, herunder sundhedsforsikringer, der for tiden udbydes og herunder informerer om, hvorledes disse indbyrdes kan koordineres.

Udrederen konstaterer, at der på forsikringsområdet er sket en sund produktudvikling i takt med samfundsudviklingen. For at støtte og sikre at denne positive udvikling fortsætter kunne det – som et led i eventuelle retningslinier på forsikringsområdet – overvejes at opstille nogle mål for den ovenfor nævnte forbrugergruppe. Herunder efterlyses et større overblik over handicappedes muligheder for at tegne personforsikringer.

## **2.3 Parternes muligheder for at opsiges forsikringen**

### **2.3.1 Selskabets muligheder**

#### **2.3.1.1 Opsigelse ifølge aftalen**

Forsikringsbetingelserne indeholder i almindelighed to gensidige opsigelsesmuligheder: Opsigelse ved udløb og opsigelse efter skade.

Forsikringerne har i almindelighed en løbetid (forsikringstid) på et år, og *opsigelse af aftalen* kan normalt finde sted med et gensidigt varsel på en måned til udløb. Opsiges aftalen ikke af nogen af parterne, løber den blot videre år efter år. Det er udreders opfattelse, at opsigelsesklausuler i danske (forbruger-) vilkår i almindelighed indeholder en ret for både selskab og forbruger til at opsiges forsikringen (en gensidig opsigelsesret).

I henstilling af 1. november 1976 fra Assurandørsocietetet (nu F&P) fremgår følgende (citeret i UfR 1982.176 H):

„I den på årsmødet den 29.4.1976 godkendte beretning henstillede Assurandør-Societetets

komité til societetets medlemmer, at de, så snart det rent teknisk kunne lade sig gøre, ophørte med at tegne nye forsikringer for mere end 1 år inden for forbrugerområdet. Baggrunden herfor var bl.a., at forbrugerkommissionen havde henstillet til justitsministeriet at ændre forsikringsaftaleloven således, at den almindelige forbrugers binding til en forsikringsaftale blev begrænset til 1 år, og at societetet på linie hermed havde bedt sin repræsentant i ministeriets udvalg vedrørende ændring af forsikringsaftaleloven meddele dette, at societet for sit vedkommende kunne acceptere en sådan ændring af forsikringsaftaleloven“. Denne henstilling blev senere udvidet til også at omfatte løbende forsikringer med en løbetid med mere end 1 år således at selskaberne skulle godkende „opsigelser i overensstemmelse med de for policen gældende betingelser til sædvanlig hovedforfaldsdag, uanset at de pågældende forsikringer måtte være tegnet flerårigt ...“

Forsikringsaftaleloven regulerer aftalevilkår der måtte give selskabet ret til forlænge aftalen ud over et år, jf. lovens § 31, der har følgende ordlyd:

„§31 Vedtagelse om, at undladelse af at opsiges en forsikring skal medføre, at den anses forlænget for længere tid end et år, kan ikke af selskabet gøres gældende, medmindre det tidligst 3 og senest 1 måned før opsigelsestidens udløb har givet forsikringstageren meddelelse, hvorved han påmindes om, at sådan forlængelse indtræder, hvis opsigelse ikke finder sted“.

Reglen, der regulerer de såkaldte aflåste opsigelsesklausuler, har antagelig ikke længere nogen betydning på forbrugerområdet, idet disse – udrederen bekendt – undtagelsesfrit kun forlænges i 1 år ad gangen. Vilkår, der går imod den ovenfor citerede henstilling, kan tilsidesættes, enten med henvisning til at vilkåret strider mod god forsikringsskik, eller at vilkåret (som følge heraf) kan modificeres

eller tilsidesættes efter aftalelovens § 38 c og § 36.

*Opsigelse efter „enhver“ anmeldt skade* kan normalt ske med et varsel på 14 dage. Herefter er opsigelsesklausulen formuleret forskelligt fra selskab til selskab. I Familiens Basisforsikring er den affattet således:

(pkt. 17.2) „Efter enhver anmeldt skade er såvel forsikringstageren som selsskabet indtil 14 dage efter erstatningens udbetaling eller efter afvisning af skaden berettiget til at ophæve forsikringen med 14 dages varsel“.

Ved selskabets opsigelse må sådanne klausuler fortolkes således, at fristen regnes fra det tidspunkt, hvor forsikringstageren har modtaget selskabets afvisning eller erstatningens udbetaling eller har modtaget underretning om udbetalingen, jf. FAL § 33.

I ulykkesforsikring i to selskaber med betydelige markedsandele, regnes fristen (også) fra tidspunktet for sagens afslutning, og i atter andre klausuler kan opsigelse ske fra tidspunktet for forsikringstagerens anmeldelse af skaden til 14 dage efter erstatningsudbetaling eller afvisning. Den lige nævnte opsigelsesfrist, der løber fra sagens afslutning og som gælder i et betydeligt antal forsikringer, vil normalt kun være anvendelig for selskabet. Forsikringstagerne vil normalt ikke være klar over, hvornår en sag i selskabet kan anses for afsluttet. Hertil kommer, at det i det hele vil være vanskeligt at afgøre, hvornår en sag er endelig afsluttet. Dette vilkår må derfor anses for mindre egnet i forbrugerforsikring.

I bilkaskoforsikring findes normalt også en opsigelsesklausul. Et selskab med en betydelig markedsandel (på forbrugerområdet) har følgende vilkår: „Efter enhver anmeldt skade kan forsikringen fra hver af siderne, indtil én måned efter skadens afslutning, opsiges med 14 dages varsel. Desuden betinger selskabet sig ret til at opsiges aftalen med samme varsel, hvis det forsikrede køretøj ikke vedligeholdes, eller forsikringstageren misligholder sine

forpligtelser mht. betaling af selvrisiko. Det første, men ikke det sidstnævnte forhold, er begrundet i en risikovurdering, og det kunne overvejes, om der ikke på anden måde bør opstilles klare regler for regulering af selvrisiko (både i selskabets og forsikringstagernes interesse).

Forbrugerombudsmandens retningslinier for omfanget af forsikringsselskabernes orientering til forsikringstager i forbindelse med autoskade indeholder bl.a. følgende:

„Når et forsikringsselskabs behandling af en skade er afsluttet, og selskabet herefter udnytter vilkår, hvorefter selskabet kan udtræde af forsikringen, skal forsikringsselskabet udbetale erstatningen for skaden til forsikringstageren, selv om denne tidligere har valgt at afslå selskabets tilbud herom. Tilsvarende gælder, hvis forsikringsselskabet som betingelse for forsikringens fortsættelse kræver en ændring af betingelserne til skade for forsikringstageren“.

Det der tænkes på er den situation, hvor forsikringstageren har anmeldt en autoskade, som han senere betaler for at undgå præmie-stigning, men selskabet opsiges forsikringen netop pga. den anmeldte skade med hjemmel i betingelserne. I disse tilfælde skal selskabet refundere forsikringstageren de udgifter han selv har erlagt. Der kunne rejses det spørgsmål, om det i denne situation overhovedet skal tillades selskabet at opsiges forsikringen. Hvilke grunde taler for det?

Afvigende skadeforløb under kaskoforsikring af motorkøretøjer indberettes til Automobilforsikringsselskabernes Fællesregister. Ved afvigende skadeforløb forstås, at forsikringstageren indenfor et år har anmeldt flere belastende skader eller har fået dom for forsikringsbedrageri. Selskaberne er ikke forpligtet til at indberette afvigende skadeforløb. Ordningen er godkendt af Registertilsynet. I de forsikringsbetingelser, der er udrederen bekendt, fremgår det, at selskabet vil foretage en sådan registrering i påkommende tilfælde.

### **2.3.1.2 Opsigelse ifølge lov**

Efter forsikringsaftalelovens § 5, stk. 2 kan et selskab opsiges en forsikring, hvor forsikringstageren har afgivet urigtige oplysninger ved forsikringens tegning, selv om forsikringstageren er i god tro. Dette gælder dog kun ved skadesforsikring, dvs. ikke for summaforsikringer som livs- og ulykkesforsikring. Begrundelsen for denne regel skal søges i læren om forudsætninger ved aftalers indgåelse og i den omstændighed, at det har betydning for selskabet særlig ved langvarige aftaler.<sup>17</sup> Når reglen kun omfatter skadesforsikring skyldes det i følge Udkast til lov om forsikringsaftaler (1925), s. 33 „... at medens det her i almindelighed vil være let for forsikringstageren mod en lempelig præmieforhøjelse at få tegnet en ny forsikring [læs: Skadesforsikring], vil det ved livs- og ulykkesforsikring kunne ske, at forsikringstageren på grund af alder, sygdom mv. slet ikke eller kun mod uforholdsmæssigt stort vederlag påny vil kunne blive forsikret“.

Praksis viser, at selskaberne oftest først opdager de urigtige risikooplysninger, når der anmeldes en skade, og selskaberne har da opsigelsesret ifølge aftalen, jf. ovenfor. I disse tilfælde giver aftalen en længere opsigelsesfrist end FAL § 5, stk. 2. Da skadesforsikringer i dag er 1-årige, og da det således må formodes, at lovreglen in concreto ikke anvendes i praksis, har den lovfæstede opsigelsesret næppe nogen betydning på forbrugerområdet.

Herudover indeholder forsikringsaftalelovens § 51, stk. 2 en ret for selskabet til at opsiges en skadesforsikring i det tilfælde, hvor en i aftalen optaget sikkerhedsforskrift er tilsidesat, og det må „befrygtes at forskriften også i fremtiden vil blive overtrådt ...“. Opsigelsesvarslet er også her 1 uge. Efter motiverne at dømme har det især været meningen at opsigelsesretten skulle kunne bruges ved erhvervsforsikringer og da ud fra et forudsætningssynspunkt.<sup>18</sup>



Det må antages, at opsigelsesretten i § 51, stk. 2 af nogle af de samme grunde, som anført ved § 5, stk. 2 lige ovenfor, ikke har nogen betydning ved de gældende forsikringer på forbrugersområdet.

Endelig indeholder FAL i § 47 en ret for selskabet til at opsiges en skadesforsikring, såfremt forsikringstageren har realiseret en fareforøgelse, der udtrykkeligt fremgår af aftalen. Som eksempel kan nævnes det i husejerforsikring almindelige vilkår om at forsikringstageren skal underrette selskabet såfremt han/hun lader ejendommens tag udskifte.

Undlader forsikringstageren at anmelde risikoforandringen til selskabet, har selskabet efter § 47 ret til at opsiges forsikringen også i de tilfælde, hvor risikoforandringen ikke er sket med forsikringstagerens vilje.

Opsigelsesretten er navnlig begrundet med de på daværende tidspunkt (1920'erne) langvarige kontrakter og skulle således beskytte selskaberne. Der ses ikke længere at være behov for en sådan regel.

For brandforsikring gælder reglen i FAL § 84, hvoraf det følger, at en brandforsikring, der er et-årig, fornyes for et år ad gangen, medmindre forsikringstageren eller selskabet opsiges den med en uges varsel til udløb. Reglen er fravigelig og fraviges da også som det lige er set i Familiens Basisforsikring II. Den fraviges også i bygningsbrandforsikringen af hensyn til panthaverne og af hensyn til forsikringspligten, der følger af aftalen mellem panthaver og forsikringstager.<sup>19</sup> Tiden er løbet fra reglen i § 84, som (mindst) bør bringes i overensstemmelse med praksis. Se også straks nedenfor.

Ved nogle forsikringer gælder der særlige regler. Således er ansvarsforsikring for motor-køretøjer lovpligtig, og de forsikrings-selskaber, der har koncession til at tegne disse forsikringer, er „forpligtet til at overtage forsikring for enhver forsikringspligtig, der vil underkaste sig selskabets forsikringsbetingelser, fastsat i overensstemmelse med

den risiko, som overtages“<sup>20</sup>. Det er vigtigt at mærke sig, at et selskabs afvisning eller antagelse på skærpede vilkår, der er grundet i andre forhold end risikoen, ikke kan anses for saglig begrundet og ikke vil være gyldig. Kaskoforsikring af motorkøretøjer har selskaberne ingen pligt til at tegne, men det må antages, at det kan kræves, at et forsikrings-selskabs afvisning eller krav om skærpede betingelser er begrundet i den risiko der skal overtages. Forsikringsankenævnets praksis viser også dette. Afviser et selskab at erstatte en skade, fordi denne er sket lige efter begæringen er afsendt og før policen er modtaget, pålægger nævnet selskabet at udrede erstatningen, medmindre selskabet kan dokumentere, at afvisningen er begrundet i risikoen og ikke i den indtrådte skade.

Som det fremgår ovenfor, er de forbrugere, der har givet pant i fast ejendom ifølge interpartes aftalen, forpligtet til at tegne bygningsbrandforsikring. En sådan forsikring kan selskabet ikke opsiges medmindre 1) bygningerne ikke er forsvarligt indrettet mod brandfare 2) bygningerne henligger forladt, jf. lov om forsikringsvirksomhed § 207. Disse regler bør indarbejdes i FAL § 84. En præmieforhøjelse, der reelt må antages at være en skjult „opsigelse“, vil blive tilsidesat af Forsikringsankenævnet, jf. sag nr. 37.171/95, hvor et selskab forhøjede præmien med 200% pga. en verserende incassosag. Ankenævnets udtalelse er klar og præcis. På den anden side kan en præmieforhøjelse være begrundet i en konkret risikovurdering som i nævnets sag nr. 45.280, hvor præmien blev forhøjet ca. 250% pga. omfattende skader efter et raketangreb.

#### FORSLAG

Reglen i FAL § 31 om forlængelse af forsikringer i længere end et år bør ændres for så vidt angår forbrugerforhold således, at den (mindst) bringes i overensstemmelse med praksis i forsikringsbranchen.

Opsigelsesreglerne i FAL § 5, stk. 2, § 51, stk. 2, § 47 § 84 er heller ikke tidsvarende for forbrugerforsikringer. Således kan reglerne i § 5, stk. 2 og § 47 næppe anses for rimelige i dag når det gælder forbrugerforsikringer. § 51, stk. 2 har ikke selvstændig betydning for forbrugerforsikringer, idet selskaberne må antages at have tilstrækkelig beskyttelse i den aftalemæssige opsigelsesklausul. Reglerne i lov om forsikringsvirksomhed § 207 bør indarbejdes i FAL § 84, hvor de naturligt hører hjemme.

Det vil være nærliggende at en revision af disse lovregler overlades til FAL-udvalget.

Når det gælder selskabernes opsigelse med hjemmel i *aftalen* kan der navnlig sondres mellem opsigelse grundet i en risikovurdering og opsigelse grundet i forsikringstagerens misligholdelse af aftalen. Andre grunde bør i almindelighed ikke anerkendes.

På dette område foreslås, at Forbrugerombudsmanden i eventuelle retningslinier tager initiativ til at et selskabs opsigelse af en forbrugerforsikring reguleres således, at opsigelse alene kan ske med den fornødne hjemmel i aftalen, på sagligt individuelt grundlag, og at selskabets opsigelse skal ledsages af en begrundelse og med oplysning om klagemulighed. Dette sammen med Forsikringsankenævnets prøvelsesmulighed, jf. de ovenfor citerede afgørelser, vil give forbrugerne mulighed for at overveje forsikring andet sted samt give en mulighed for at få prøvet selskabets begrundelse for opsigelsen.

Der bør også tages initiativ til regulering af den for meget indbetalte præmie som følge af selskabets opsigelse. Der kan hentes inspiration fra den norske model i FAL 1989 § 3-5 (skadesforsikring) og § 12-3 (syge- og ulykkesforsikring), der desuden pålægger selskaberne i vilkårene at optage regler om præmiebeholdningen i disse tilfælde.

Med hensyn til Forbrugerombudsmandens retningslinier om tilbagebetaling ved auto-skader, hvor selskabet opsiger forsikringen,

foreslås det, at disse tydeliggøres på det punkt, der er citeret ovenfor, og at det overvejes, om der er rimelig grund til at selskabet i den nævnte situation overhovedet skal kunne opsige forsikringen.

### **2.3.2 Forbrugerens muligheder (for at opsige)**

Som det fremgår i afsnit 2.1. gælder de der nævnte opsigelsesklausuler for både selskab og forsikringstager.

Som det også fremgår ovenfor er forbrugerforsikringer normalt et-årige. Hvis der forekommer forbrugerforsikringer, der er flerårige, vil de kunne tilsidesættes, hvis kunden ønsker det, som det også fremgår af Forsikringsankenævnets afgørelse nr. 23.922/1988, hvor en 5-årig forsikringsaftale blev tilsidesat iht. Assurandør-Societetets henstilling og i henhold til Højesterets dom i UfR 1982.176.

Hvis den et-årige forsikring ikke opsiges til udløb, fornyes den normalt år efter år uden særlig meddelelse til forsikringstageren. Såfremt præmien betales via BS vil forløbet foregå så automatisk, at de fleste forsikringstagerere sikkert ikke er sig bevidste om, hvornår deres forsikringer fornyes.

I de sidste par år har det været drøftet om forbrugerne – ud over fortrydelsesretten på de 14 dage – skal kunne opsige deres forsikringer på et hvilket som helst tidspunkt inden for forsikringsåret. Et selskab har indført en sådan opsigelsesret som fast regel, mens forsikringsbranchen i øvrigt indtil videre har fastholdt de gældende opsigelsesregler bl. a. med henvisning til at den lempeligere opsigelsesret vil være omkostningsforøgende.

På årsmødet i november 2000 i F&P opfordrede den daværende erhvervsminister forsikringsbranchen til at se nærmere på det forhold, at kunderne er bundet ved de et-årige forsikringer, idet lange opsigelsesvarsler hæmmer mobiliteten.

Ifølge en undersøgelse foretaget af Analyseinstituttet Gallup (Medieindeks 2000) er kundernes loyalitet overfor deres forsikrings-selskab ganske stor,<sup>21</sup> men udrederen har ikke tilstrækkeligt grundlag til at vurdere, i hvilket omfang kunderne vil gøre brug af en udvidet opsigelsesret.

Det må antages, at en informeret udvidet opsigelsesret vil styrke konkurrencen, medmindre den bliver belagt med et flyttegebyr.

#### FORSLAG

Det foreslås, at Forbrugerombudsmanden i forbindelse med eventuelle retningslinier overvejer særlige formkrav ved forsikrings fornyelse ved udløb. Ved fornyelse af en forsikring foreslås at forbrugeren – eventuelt sammen med den nye opkrævning – informeres om retten til opsigelse og om eventuelle nye og bedre dækningsmuligheder i selskabet.

Hvis selskabet ikke vil forny forsikringen, bør der gives forsikringstageren et længere varsel end det gældende på en måned. Med inspiration i de norske regler vil et varsel på 2 måneder være passende.

Der er fra politikerside og forbrugerside udtrykt ønske om, at der indføres en udvidet opsigelsesret. Det anbefales derfor, at Forbrugerombudsmanden undersøger mulighederne og vilkårene for gennemførelsen af opsigelsesretten og tager kontakt til forsikringsbranchen. Det bør overvejes, hvorledes der skal forholdes med lovpligtige ansvarsforsikringer, for motorkøretøjer og hunde, så man undgår „tomrum“ i dækningen.

Forbrugerombudsmanden bør i givet fald ligeledes overveje, hvorledes der skal forholdes mht. ristorno af præmie og eventuelle administrationsomkostninger.

### 2.3.3 Ophør af anden grund end opsigelse

Hvis den risiko der er tegnet forsikring imod bortfalder, vil aftalen normalt også bortfalde. Hvis forsikringstageren afgår ved døden, vil livsforsikringen ophøre. Når det gælder skadesforsikring kan praksis være lidt forskellig. Når den forsikrede bil bliver stjålet eller bliver totalskadet, vil forsikringen vist nok i almindelighed ophøre, medmindre forsikringstageren anskaffer en anden bil.

Spørgsmålet er interessant, fordi forsikringstageren ved risikoens bortfald før forsikringens normale udløb har betalt præmie for en periode uden dækning. Ved autoforsikring foreligger der antagelig fast praksis for præmierefusion, jf. Forsikringsankenævnets kendelse nr. 40.061/1996.

#### FORSLAG

Det kan overvejes, at opstille ensartede regler for regulering af præmien ved risikoens bortfald, herunder tilfælde, hvor tingsforsikring ophører pga. forsikringstagerens død. Spørgsmålet må anses for velegnet til regulering i retningslinier.

## 2.4 Flyttegebyrer og udbetalingsgebyrer ved livs- og pensionsforsikring<sup>22</sup>

### 2.4.1 „Frivillige“ privattegnede forsikringer

I 1992 startede en diskussion i medierne om berettigelsen af forsikringsselskabers beregning af gebyrer ved forsikringstagerens overflytning af livs- og pensionsforsikringer fra et forsikrings-selskab til et andet eller til en bank, pensionskasse osv. Baggrunden for kritikken var en af forsikringsbranchen i 1992 udarbejdet aftale „om fradrag i forbindelse med overførsel af nettoreserver mellem livs- og pen-

sionsforsikringsselskaber“. Denne aftale var godkendt af Finanstilsynet, men med den betingelse, at der inden den 1. januar 1994 „skabes bedre sammenhæng mellem omkostningsbelastningen ved ind- og udtræden“<sup>23</sup>. I forbindelse med Finanstilsynets midlertidige godkendelse udtalte tilsynet bl.a. (genkøbsfradragsrapportens side 8-9):

„ ... Der er imidlertid i de senere år blevet mindre sammenhæng imellem livsforsikringsselskabernes anvendelse af et gennemsnitligt fastsat flyttegebyr og de samme selskabers stigende tendens til omkostningsbonus-systemer med individuelle betingelser, bestemt af de øvrige forhold omkring forsikringerne. Finanstilsynet finder på den baggrund, at det snarest bør sikres, at den, der flytter sin opsparing – i højere grad end i dag – omkostningsmæssigt behandles under hensyntagen til alle forsikringens karakteristika. Dette problem har aftalen ikke løst ...“ ... “det vil være Finanstilsynets målsætning yderligere at reducere omkostningerne ved overførsel i perioder, hvor der ikke er behov for at værne mod spekulation mod kursforskelle. Herved kan der også tages hensyn til Finansrådets indvendinger mod den nu – midlertidigt – godkendte ordning ...“

Konkurrencerådet havde udtalt, at det var af den principielle opfattelse, at såvel brugen af G 82<sup>24</sup> som størrelsen af genkøbsfradraget deri var konkurrencebegrænsende.

Finansrådet havde tilkendegivet, at man fandt, at Assurandør-Societetets midlertidige aftale „giver ulige konkurrencevilkår imellem forsikringssektoren og pengeinstitutsektoren, idet omkostningsbelastningen ved genkøb efter aftalen er forskellig, afhængigt af om de udbetalte midler anvendes som indskud i et andet forsikringsselskab, der er tilsluttet aftalen, eller om de anvendes andetsteds. Finansrådet anerkender behovet for, at genkøbsfradraget, herunder et kursværn, beskytter de tilbageværende forsikringstagere mod overvæltning af omkostninger og mod

spekulative overførsler som følge af kursforskelle. Finansrådet finder, at disse hensyn bør føre til, at kursværn alene anvendes, når kursforskelle tilsiger det, samt at genkøbsfradraget fastsættes uafhængigt af, til hvem ordningen overføres“.

Da selskabernes indskudsfradrag fandtes at være tilstrækkeligt varieret, skulle det i 1993 af Finanstilsynet nedsatte udvalg alene udarbejde forslag til en mere gennemskuelig og differentieret genkøbsmodel.

Af side 11 i rapporten fremgår det, at Finanstilsynet er opmærksom på, „at det er væsentligt, at forbrugerne får en rimelig og overskuelig information om betingelserne for og konsekvenserne af de givne valgmuligheder“.

Ifølge Finanstilsynets ovennævnte rapport (side 13) består et genkøbsfradrag som udgangspunkt af

- fradrag for udbetalte erhvervelsesomkostninger,
- transaktionsomkostninger,
- et kursværn,
- et risikoværn

Disse fradrag dækker følgende:

(Uafskrevne) erhvervelsesomkostninger: Fradrag for erhvervelsesomkostninger skal dække de omkostninger der er forbundet med etablering af forsikringen. Erhvervelsesomkostningerne består bl. a. af provision til assurandør m. fl. og udgifter til helbredsbedømmelse ved etablering af forsikringen. Erhvervelsesomkostningerne afskrives i forsikringens løbetid. Har forsikringen været i kraft i længere tid, og er omkostningerne amortiseret, eller er der tale om indskudsbetalt forsikring, skal de ansættes til 0 på overflytningstidspunktet. Transaktionsomkostninger: Der er tale om et ekspeditionsgebyr, som skal dække det afgivende selskabs administrationsudgifter til selve overflytningen. Efter de oplysninger udrederen har fået, ansætter selskaberne i almindelighed udgifterne til 1.327,- kr. Kursværn: Fradraget skal dække

tab forbundet med realisering af kurstab på de værdipapirer, de forsikredes penge er placeret i (nogle selskaber oplyser, at det for tiden er 0 kr.). Risikoværn: Hvis en forsikring overvejende består af livsbetingede ydelser, vil selskaberne ifølge rapporten (side 19) forlange helbredsoplysninger i genkøbssituationen, idet der kan være tale om vis spekulation i forsikringen. Således mener man, at den, der pga. et svagere helbred forventer at leve kortere tid end gennemsnittet, vil ønske forsikringen genkøbt. Såfremt de modtagne helbredsoplysninger viser, at forsikredes helbred er dårligt, vil genkøb derfor blive nægtet. I rapportens side 19 anføres hertil „I sådanne genkøbssituationer mister forsikringsbestanden den risikogevinst, der var forudsat i beregningsgrundlaget, og som i henhold til det almindelige forsikringsprincip skulle anvendes til de, der forbliver i bestanden længere end gennemsnittet“.

Rapporten tager ikke direkte stilling til det gebyr det indtrædende selskab beregner sig. Begrundelsen for at det indtrædende selskab beregner sig et gebyr skyldes – efter de oplysninger udrederer har fået – bl.a., at den „nye“ forsikringstager vil indtræde i den i selskabet eksisterende bonusordning og vil nyde godt heraf. Der er tale om et fordelingsprincip med hensyntagen til selskabets kunder, der allerede deltager i ordningen. Udrederer har fået oplyst, at der ikke (også) betales ekspeditionsgebyr ved indtræden. Sammenlægges omkostningerne ved udtræden og indtræden, kan der blive tale om en anseelig procentdel af forsikringstagerens opsparing, der går til flytteomkostninger.

Udvalgets arbejde mundede ud i et idékatalog med en række forslag til metoder til sammensætning af genkøbsfradrag. Det var herefter overladt til selskaberne at udvikle deres egne systemer og anmelde disse inden den 1. juli 1994, fra hvilket tidspunkt disse regler om beregning af tilbagekøbetsværdien er gældende. I rapportens konklusion (side 43) frem-

går bl.a. „... Herefter vil forsikringsmarkedet, hvad angår mulighederne for genkøb, kunne tilbyde et tilstrækkeligt varieret sortiment af forsikringsprodukter, der giver forsikringstagerne en række reelle valgmuligheder, således at konkurrencen på livsforsikringsmarkedet fortsat vil være stærk og optimal til gavn for forsikringstagerne“.

Det ser ud til, at omstruktureringen i 1994 har medført større gennemsuelighed og individuel regulering af forbrugernes forsikringer, men det ser ikke ud til, at rapportens konklusion holder stik, hvis man skal dømme efter den kritik, der stadig fremsættes mod beregningen af genkøbsfradraget og ekspeditionsgebyret.

Flere klager i Ankenævnet for Forsikring og hos Forbrugerombudsmanden viser en utilfredshed med især størrelsen af genkøbsfradraget og ekspeditionsgebyret. Forbrugerrådet har også udtalt sin kritik heraf.

Når der indgives klage over omkostninger og gebyr for overflytning af en privat tegnet forsikring til Ankenævnet for Forsikring, kontrollerer nævnet om det faktisk opkrævede beløb er i overensstemmelse med de af Finanstilsynet godkendte regler, selskabets koncession og selskabets årlige anmeldelser af bonus, men nævnet foretager ikke herudover en selvstændig civilretlig vurdering af gebyrets berettigelse, herunder om det må antages at dække de faktiske ekspeditionsomkostninger, jf. kendelse nr. 50.592/2000.<sup>25</sup>

I en anden sag, der var forelagt Forsikringsankenævnet (sag nr. 53.115), klagede forsikringstageren over, at det afgivende selskab ville fratække genkøbsomkostninger med et beløb på 6.970 kr. og et administrationsgebyr på 400 kr. for „administration og forsikringsdækning“ i 1999. Nævnet fandt ikke grundlag for at betvivle, at selskabets renteberegning og gebyrer mv. var i overensstemmelse med policen og de af Finanstilsynet godkendte regulativer. Det samme udtalte nævnet i sag nr. 53.441/2001, hvor selskabet havde bereg-

net sig et ekspeditionsgebyr på 1.030,00 og en genkøbsværdi på 5% af forsikredes opsparring.

På forsikringer, der er tegnet før 1. juli 1994, står det selskaberne frit at benytte de tidligere regler eller de nye regler alt afhængig af interpartes aftalen. Vælger selskabet at benytte den før 1994 gældende beregningsmetode, vil tilbagekøbsomkostningerne andrage max 7% af opsparingen på forsikringen. Denne procentsats falder i takt med at forsikredes alder stiger. Nogle selskaber oplyser, at de vælger den for forsikrede gunstigste ordning.

Når forsikringsydelse udbetales, vil der normalt blive fratrukket et administrationsgebyr på f. eks. 31 kr. pr måned.

Informationsbekendtgørelsen<sup>26</sup> vedrørende livsforsikring indeholder regler om, at et livsforsikringselskab hvert år skal give forsikringstageren oplysninger om størrelsen af forsikringsydelse og bonussituationen. For forsikringer, der ikke er under udbetaling, skal der også gives oplysninger om størrelsen af tilbagekøbsværdi og fripoliceværdi, jf. nærmere bekendtgørelsens § 5, stk. 2. Der er tale om de såkaldte dækningsoversigter. Selskaberne har ikke nogen pligt til at give oplysninger om omkostningerne ved overflytning.

I Norge er der i 1992 udstedt en „forskrift om rett til overføring av oppsamlede midler knyttet til kollektiv eller individuell livs- eller pensjonsforsikring“.<sup>27</sup>

Forskriften indeholder regler om individuelle livs- og pensionsforsikringer, men navnlig en lang række regler om kollektive forsikringer. I forskriftens § 1 stk. 5, der omfatter det der svarer til det danske ekspeditionsgebyr (transaktionsgebyr), hedder det:

Avgivende forsikringselskab eller pensjonskasse kan beregne et rimelig gebyr til dekning av utgifter ved overføringen.

Gebyret fastsettes under hensyn til omkostninger som skal være dekket gjennom de omkostningselementer det tidligere er tatt

hensyn til ved beregning av premien for pensjonsordningen.

Gebyret skal inngå som en del af premietariffen (beregningsgrundlaget) og meldes til Kredittilsynet.

Gebyret kan under ingen omstendigheter settes høyere enn 200,- kroner ved flytting av en individuell kontrakt eller 5.000 kroner ved flytting av en kollektiv pensjonsforsikringskontrakt (tjenestepensjonsforsikring). Beløpet inkluderer ikke kostnad ved eventuell helsebedømmelse.

Selskapet kan ikke kreve dekning av kostnader knyttet til overføringen av en forsikring utover det som fremgår av denne paragraf“.

Det norske Kredittilsyn har oplyst, at gebyret i dag stadig er 200 n. kr., og at beløbet ikke reguleres.

Det må anses for vigtigt, at selskabet yder den fornødne rådgivning i forbindelse med flytningen, især om omkostningerne både ved ind- og udtræden, og at det indtrædende selskab rådgiver om eventuelle forskelle i dækningen. IF&P's forbrugerpolitiske handlingsplan henstilles det (bl.a.) til selskaberne, at der ved omtegning af forsikring fra ét selskab til et andet rådgives af det andet selskab, om i hvilket omfang der er indtrådt huller i forsikringsdækningen, f.eks. fordi der er indtrådt ændringer i personens helbredsforhold efter tegningen af den første forsikring. Denne henstilling må antages også at omfatte det indtrædende selskab ved flytning af de her nævnte forsikringer i det omfang, det er relevant efter forsikringens natur. Udrederen har ikke grundlag for at vurdere omfanget eller kvaliteten af selskabernes rådgivning.

#### FORSLAG

Det ligger uden for udrederens opgave at foretage en økonomisk eller aktuarmæssig undersøgelse af beregningen af genkøbsværdi mv. Det er dog udrederens opfattelse, at strukturændringen efter Finanstilsynets

rapport i 1994 har medført større gennem-sigtighed, når det gælder beregningen af gen-købsfradraget. Som nævnt ovenfor ansættes kursværet for tiden til 0 kr., og dette stemmer med intentionerne i rapporten. For tiden udgør en enkelt omkostning den væsentligste del af genkøbsfradraget nemlig erhvervelses- eller etableringsomkostningerne.

At dømme efter klagesager og henvendelser til Forbrugerombudsmanden mener udredereren at kunne konstatere, at utilfredsheden gælder ekspeditionsgebyrets og genkøbsfradragets størrelse.

Ved en umiddelbar sammenligning af ekspeditionsgebyrets størrelse (sædvanligvis 1.327 kr., der indeksreguleres) med det tilsvarende norske gebyr, synes beløbet ganske højt ansat. Udredereren har dog ikke et tilstrækkeligt grundlag til at foretage en sådan sammenligning.

I bankpraksis ses eksempler på anerkendelse af et gebyr på 500 kr. for overflytning af en kapitalpensionsordning. Pengeinstitutankenævnets formand har dog i Årsberetning 1993 (side 2) givet udtryk for at den rigtigste løsning efter hans opfattelse ville være, at pengeinstitutterne blev enige om helt at afskaffe overførselsgebyrer. Heller ikke på dette område har udredereren et tilstrækkeligt grundlag til at foretage en sammenligning.

Det må konstateres, at Ankenævnet for Forsikring ikke er rette forum for behandling af klager over flytteudgifter. De citerede kendelser viser således, at nævnet – forståeligt nok – ikke mener at kunne foretage en egentlig vurdering af, om eksempelvis administrationsomkostningerne svarer til selskabets faktiske udgifter til selve overflytningen.

I lyset af de klager, der stadig fremsættes mod selskabernes flyttegebyrer, foreslår udredereren, at Forbrugerombudsmanden tager kontakt til forsikringsbranchen med henblik på at vurdere, om der er mulighed for en nedsættelse af ekspeditionsgebyret og en friere udvikling af beløbets størrelse i selskaber-

ne. Der er noget der tyder på at fastsættelsen af dette gebyr ikke helt følger forudsætningen i ovennævnte Finanstilsyns-rapport. Som det fremgår (side 28-29), skal fradraget altid optræde som et fast beløb, men „Det forudsættes, at beløbet fastsættes individuelt af det enkelte selskab“.

Desuden bør det overvejes, om erhvervelsesomkostningerne i større omfang end det er tilfældet i dag kan beregnes individuelt, ligesom det kunne overvejes, at lægge hovedvægten af afskrivning på disse omkostninger i de første forsikringsår.

Herudover ville det være nærliggende, at Forbrugerombudsmanden drøfter spørgsmålet om selskabernes ekspeditionstid med forsikringsbranchen, jf. hertil den ovenfor citerede ankenævnskendelse nr. 53.441/2001, hvor nævnet medgiver klageren, at selskabets behandlingstid har været for lang.

Inspiration til eventuelle retningslinier eller lign. kan hentes fra den ovenfor citerede norske forskrift § 1-5 for så vidt angår individuelle forsikringer.

Der kan være et særligt problem i det tilfælde, hvor den forsikring der ønskes flyttet, er tegnet efter de tidligere beregningsregler. Her anbefales det, at selskaberne tilbyder forsikringstageren den billigste løsning efter den „gamle“ og den „nye“ ordning, uanset aftalegrundlaget herom.

Udredereren er opmærksom på, at selskaberne giver en ganske god information om beregningen af genkøbsværdien (tilbagekøbsværdien). Det foreslås, at disse informationer suppleres med en fast regel om individuel rådgivning fra både det indtrædende og udtrædende selskab på linie med det, der er kommet til udtryk i F&P's forbrugerpolitiske handlingsplan.

Udredereren er opmærksom på Finanstilsynets kompetence på området og forudsætter, at Forbrugerombudsmanden i påkommende tilfælde tager kontakt til Finanstilsynet.

## 2.4.2 Flyttegebyrer ved ansættelsesrelaterede forsikringer

Der sondres mellem forsikringer tegnet i forbindelse med et ansættelsesforhold og forsikringer tegnet uden for ansættelsesforhold. Forsikringsbranchen har indgået aftale om overførsel af pensionsordninger mellem selskaber i forbindelse med en forsikrets overgang til anden ansættelse (obligatoriske og frivillige ordninger), den såkaldte jobskifteaftale. Endvidere har branchen indgået aftale om pensionsoverførsel ved virksomhedsomdannelser mv. (obligatoriske ordninger).<sup>28</sup> I begge aftaler er der hjemmel til at det selskab, der afgiver forsikringen, kan opkræve et gebyr (§ 4 og § 6, stk. 2). Gebyret er ikke beløbsmæssigt fastsat. F&P har oplyst, at selskaberne i almindelighed ikke kræver gebyr efter jobskifteaftalen og virksomhedsomdannelsesaftalen.

### FORSLAG

Der skal ikke betales ekspeditionsgebyr (ifølge oplysning fra F&P) eller foretages genkøbsfradrag, når der er tale om flytning af forsikringer, der indgår i et ansættelsesforhold. Dette synes velbegrundet, bl.a. ud fra betragtninger om beskyttelse af arbejdskraftens frie bevægelighed. En sådan flytnings-situation adskiller sig desuden fra den „frivillige“ flytning, hvor spekulationsmæssige betragtninger ofte vil være den væsentligste årsag (eller eneste årsag).

Udrederen foreslår, at Forbrugerombudsmanden ved forhandling med F&P søger den faste praksis om denne omkostningsfrie ydelse kommer til udtryk i „jobaftalen“ og virksomhedsomdannelsesaftalen, som er under revision.

### Noter

- <sup>1</sup> Dobbeltforsikringsaftalen er gengivet hos Ivan Sørensen, *Forsikringsret*, bilag 3.
- <sup>2</sup> Bkg. nr. 609 af 14. juli 1995.
- <sup>3</sup> Lov nr. 262 af 6. maj 1993 og bekg. nr. 599 af 12. juli 1993, § 8.
- <sup>4</sup> Forsikringsselskabernes og de tværgående pensionskassers erhvervsorganisation i Danmark (tidligere Assurandør-Societetet).
- <sup>5</sup> Se hertil betænkning 1362/1998 om rådgiveransvar. Et flertal i rådgiverudvalget fandt at der ikke var behov for lovgivning om ansvar for rådgivning
- <sup>6</sup> Lov nr. 482 af 1. juli 1998 om patienters retsstilling, kap. 5 om sundhedspersoners tavshedspligt og § 26-§ 27 om patientens samtykke til videregivelse af oplysninger om hans helbredsforhold.
- <sup>7</sup> Vejledning nr. 155 af 14. september 1998 om aktindsigt mv. i helbredsoplysninger.
- <sup>8</sup> Lov nr. 429 af 51. maj 2000 om behandling af personoplysninger, § 6.
- <sup>9</sup> Vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.
- <sup>10</sup> Dette forudsættes også i Sundhedsministeriets Vejledning nr. 155 af 14. september 1998 om aktindsigt mv. i helbredsoplysninger.
- <sup>11</sup> Det af Justitsministeren i 1999 nedsatte udvalg om revision af forsikringsaftaleloven.
- <sup>12</sup> *Ugeskrift for Retsvæsen*.
- <sup>13</sup> Konsumentförsäkringslagen § 9, SOU 1986:56 og DS 1993:39, s. 146.
- <sup>14</sup> Foreningen til Bedømmelse af Personforsikringsrisiko, hvis medlemmer er 26 livsforsikrings- og pensions-selskaber samt pensionskasser.
- <sup>15</sup> *Forsikrings- og Erstatningsretlig Domssamling*, Forsikringshøjskolens Forlag.
- <sup>16</sup> Se evt. *Juridisk Årbog* 1995.49-50 med Forbrugerombudsmandens udtalelse ved ændringer i retshjælpsforsikringen.



- <sup>17</sup> Se Udkast til lov om forsikringsaftaler, 1925, s. 33.
- <sup>18</sup> Se Udkastet, s. 92.
- <sup>19</sup> Se også justitsministeriets pantebrevsformular A og B.
- <sup>20</sup> Bkg. 1171 af 16. december 1992, § 5, stk. 1.
- <sup>21</sup> Ca. 35% af de adspurgte havde været kunde i deres hovedforsikringsselskab i mere end 11 år.
- <sup>22</sup> Spørgsmålet om overførsel er behandlet i Konkurrencestyrelsens pjece af 20. december 2000 om god konkurrencesik på forsikringsområdet.
- <sup>23</sup> Finanstilsynets rapport om genkøbsfradrag (marts 1994).
- <sup>24</sup> Beregningsgrundlag hvor Finanstilsynet har givet tilladelse til tegning af 47 grundformer. Se evt. bilag 6 i *Forsikringsret* (Ivan Sørensen).
- <sup>25</sup> *Tidsskriftet Forsikring* nr. 14/2000.
- <sup>26</sup> Bekendtgørelse nr. 609 af 14. juli 1995 om information fra forsikringsselskabet til forsikringstager ved indgåelse af en livsforsikringsaftale.
- <sup>27</sup> Fastsat af Finans- og tolldepartementet den 27. november 1991 med hjemmel i lov nr. 39 af 10. juni 1988 om forsikringsvirksomhed § 7-8, stk. 3 m fl. bestemmelser.
- <sup>28</sup> Aftalerne skal revideres 1. juli 2002. For tiden arbejdes der med en vurdering af reglerne i aftalerne sammenholdt med indførelsen af et unisexgrundlag.
-