

## **En privat socialförsäkring: Några grundläggande principer för reglering av privat respektive offentlig försäkring**

av Henric Falkman



Henric Falkman  
henric.falkman@juridicim.su.se

*Statens kostnader för socialförsäkringen har ökat under senare år. Detta har föranlett en rad förändringar i socialförsäkringssystemet. En utveckling kan skönjas där tonvikten i systemet flyttas från olika premie-solidariska försäkringslösningar till försäkringar som vilar på risksolidariska principer. Försäkringskonstruktioner som bygger på premiesolidaritets kännetecknas av att premiens storlek inte är avhängig risk utan bestäms beroende av de försäkrades inkomst och betalas genom beskattning eller avgifter såsom är fallet vid den allmänna sjukvårdsförsäkringen och arbetsskadeförsäkringen. Grundläggande för försäkringar som baseras på risksolidaritets är att försäkringstagare som medför likartade risker samlas i en riskklass som vid privat sjuk- och livförsäkring.*

*Ur försäkringstagarnas (medborgarnas) synvinkel synes utvecklingen på socialförsäkringsområdet gå från försäkringslösningar som ger ersättning för inkomstbortfall, mot lösningar som skall ge en grundtrygghet och som bör kompletteras med individuella, privata försäkringar eller kollektivavtalsförsäkringar. Man skulle kunna säga att utvecklingen går mot ett system där privata försäkringslösningar får allt större betydelse.*

På senare år har frågan väckts om och i så fall i vilken utsträckning det är möjligt att föra över delar av socialförsäkringen till det privata försäkringsväsendet. Mot bakgrund av den betydelse socialförsäkringen har för såväl enskilda personer som arbetsgivare och samhälle, finns anledning att klarlägga ett antal juridiska överväganden en sådan förändring bör aktualisera. Av särskild betydelse är att belysa likheter och skillnader i de principer som bär upp regleringen för privat försäkring respektive socialförsäkring. Resonemanget i denna framställning utgår från frågeställningar i anslutning till försäkringsskyddets omfattning, premiesättning och infriande av gjorda försäkringsåtaganden.

### **I. Privat respektive offentlig försäkring**

På försäkringsområdet sker en övergripande uppdelning i privat respektive offentlig försäkring. Privat försäkring grundas på avtal och meddelas av försäkringsbolag, som är privata rättssubjekt. En indelning av privat försäkring kan ske i person- respektive skadeförsäkring. Till personförsäkring brukar bland annat livförsäkring, sjukförsäkring och olycksfallsförsäkring räknas. Skadeförsäkring kan definieras negativt som annan privat försäk-

---

*Henric Falkman är jur. dr och forskare i bank- och försäkringsrätt vid juridiska fakulteten, Stockholms universitet.*

ring än personförsäkring. Sådan försäkring kan i sin tur delas in i till exempel egendoms- respektive ansvarsförsäkring.<sup>1</sup>

I fråga om privat försäkring görs vidare åtskillnad mellan frivillig och obligatorisk försäkring. Att en försäkring är frivillig innebär att enskilda personer eller företag själva, efter egen bedömning, beslutar om försäkring skall tecknas eller inte – ett exempel är frivillig sjukförsäkring, som förekommer som komplettering till den allmänna sjukförsäkringen. Med obligatorisk försäkring avses sådana försäkringar som av samhället bedömts vara särskilt angelägna, bland annat mot bakgrund av att tredje man berörs av den verksamhet som försäkras, och som därför är föreskrivna i lag. Som obligatorisk försäkring räknas i Sverige bland annat trafikförsäkring, atomansvarsförsäkring och miljöskadeförsäkring.

Privat försäkring kan vara individuell eller kollektiv. Medan individuell försäkring omfattar försäkringsformer som beslutas och tecknas av enskilda försäkringstagare, betecknas sådana försäkringar som tecknas för grupper av olika slag såsom kollektiva. Till sistnämnda grupp räknas avtalsförsäkringar, vilka bygger på avtal mellan arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer.<sup>2</sup>

Mot privat försäkring brukar ställas olika offentliga försäkringssystem. Det offentliga försäkringsskyddet är reglerat av staten och avser främst socialförsäkringen. Denna omfattar bland annat föräldraförsäkringen, sjukförsäkringen, sjukvårdsförsäkringen, arbetskadeförsäkringen och delar av pensions-systemet.

Socialförsäkringen uppvisar några grundläggande karaktärsdrag.<sup>3</sup> För det *första* utmärks de försäkringssystem som ingår i socialförsäkringen av att de administreras av myndigheter – Försäkringskassan och Premiepensionsmyndigheten – vilka styrs av offentlig-rättsliga principer, avseende bland annat krav på likabehandling i fråga om tillämpning av regelverket och rätt till upplysningar. För det

*andra* bygger socialförsäkringen på premie-solidariska principer. Detta förhållande kan motiveras av legitimitetshänsyn – alla de som kan dra nytta av de offentliga förmånerna bör, så långt det är möjligt, vara med och bära upp dem. Utformningen av försäkringarna med avseende på premien påverkas emellertid även av den omfördelande effekt de kan förmodas ha i samhället. Via beskattning betalar höginkomsttagare in mer till systemet än personer med låga inkomster. Försäkringstagare med höga inkomster subventionerar därmed dem vilkas inkomster är förhållandevis låga. För det *tredje* är socialförsäkringen obligatorisk i den meningen att alla de som uppfyller de stipulerade förutsättningarna, till exempel bosättning eller arbete, omfattas av de i systemet ingående försäkringarna. Det är således inte möjligt att välja om man vill omfattas av det offentliga försäkringsskyddet eller inte. Ett, kanske inte uttalat, skäl för utformningen av socialförsäkringen i detta avseende är vad som kan betecknas som snålskjutsargumentet. Detta tar sikte på den problematik som följer av att alla medborgare inte frivilligt skulle teckna exempelvis en sjukvårdsförsäkring. Somliga personer skulle välja att använda sina pengar till annat än försäkringspremier i förvisningen att de ändå skulle tas om hand om de råkade ut för en olycka. De skulle kunna sägas åka snålskjuts på andra personers medkänsla. Detta problem, som skulle kunna underminera de offentliga försäkringarnas legitimitet, undviks genom att skyddet är obligatoriskt för försäkringstagarna.

De obligatoriska förmåner som följer av socialförsäkringen kan kompletteras genom andra typer av försäkringslösningar. En sådan är de så kallade kollektivavtalsförsäkringar som kan tecknas efter överenskommelser mellan arbetsmarknadens parter.<sup>4</sup> Att lägga märke till är att dessa kan inverka på socialförsäkringssystemets funktion. Ja, i vissa fall skulle de till och med kunna motverka systemets syfte, till exempel genom att medföra

vissa negativa effekter på arbetsmarknaden. Inom exempelvis föräldraförsäkringen fastläggs en viss, lägsta nivå på ersättningen, vilken arbetsgivarna genom kollektivavtalsförsäkringar i vissa fall åtagit sig att komplettera upp till 90 procent av lönen. Denna potentiellt högre kostnad för arbetsgivarna innebär att kvinnor i fertil ålder kan komma att missgynnas vid tillsättning av tjänster.<sup>5</sup>

## 2. Socialförsäkringen och dess betydelse

Det finns en rad grupper som har mer eller mindre berättigade anspråk på att få sina intressen tillgodosedda inom ramen för ett fungerande socialförsäkringssystem.<sup>6</sup> De flesta människor har ett starkt intresse av ett väl fungerande socialförsäkringssystem. Sjukdom, handikapp och arbetslöshet kan medföra allvarliga negativa ekonomiska och sociala följder för den drabbade, vilkas konsekvenser kan mildras inom ramen för ett sådant system. Ur försäkringstagarnas synvinkel kan behovet av ett allmänt skydd sägas ha sin grund i omständigheten att många människor skulle avstå från nödvändigt försäkringsskydd om de vore tvungna att själva ordna detta. Skäl till ett sådant tänkt beteende finns att söka bland annat i det förhållandet att vissa potentiella försäkringstagares situation – såsom handikapp och liknande – skulle göra en privat försäkring oacceptabelt dyr, samt i många människors bristande insikter beträffande nödvändigheten av skydd och/eller ovilja att själva bekosta sådant skydd. Ur samhällsekonomisk synvinkel utgör nämnda omständighet en grund för obligatoriet inom socialförsäkringen.

Förutom enskilda personer finns andra grupper, i första hand samhälle och arbetsgivare, vilka i större eller mindre utsträckning har anspråk på att få sina intressen tillgodosedda inom ramen för ett fungerande socialförsäkringssystem. Samhällets intressen i sam-

manhanget är mångfacetterade och torde i första hand syfta till att undvika onödiga samhällsekonomiska kostnader till följd av exempelvis sjukdom och utslagning, men är även knutna till bland annat sysselsättning, skatteintäkter och fördelningspolitiska överväganden.

De samhällsekonomiska kostnaderna för socialförsäkringssystemet är svåra att prognostisera. Om försäkringarna exempelvis tillämpas på sätt som ej ursprungligen avsetts kan det höja kostnadsnivån i hela eller delar av socialförsäkringssystemet. Tänker vi oss att personer som är arbetslösa hanteras inom ramen för sjukförsäkringen, medför det dels att kostnader som egentligen avser arbetslöshet belastar sjukförsäkringen, dels att samhällets åtgärder för att komma tillrätta med dessa kostnader blir förfelade – medicinska rehabiliteringsåtgärder sätts in för personer som kanske egentligen borde ha utbildning.

Ytterligare omständigheter som kan öka kostnaderna inom socialförsäkringssystemet är enskildas ”fusk” inom systemets olika delar, till exempel dubbelutnyttjande av förmåner. En förändrad syn hos allmänheten om vad som skall ersättas inom systemen innebär också ett problem i sammanhanget. Ett exempel på detta är en eventuell glidning i det allmänna medvetandet om vad som är att anse som sådan ”sjukdom” som medför arbetsoförmåga och som skall ersättas av sjukförsäkringen.

Förekomsten av ett socialförsäkringssystem är även av betydelse för arbetsgivare. Dessa har ett intresse av så låga kostnader som möjligt med avseende på sjukdagar med mera, men även av förutsägbarhet vad gäller kostnader. På samma gång saknar arbetsgivare normalt möjlighet och kompetens att bedöma arbetstagares framtida hälsotillstånd. I förlängningen kan därför ett omfattande ansvar för arbetsgivare medföra att företag väljer att inte anställa personer med exempelvis handikapp eller kronisk sjukdom – arbetsgivare kan

anse att risken för ökade kostnader på grund av sjukdom blir för stor.

Dessa gruppers anspråk på att få sina intressen tillgodosedda kan sammanfattas i kravet på ett fungerande socialt försäkringssystem. Det är emellertid inte tillräckligt att systemet enbart fungerar, utan det måste dessutom fungera väl. Således kan sägas föreligga ett allmänt intresse av ett väloljat socialförsäkringsmaskineri, som till lägsta kostnad tillgodoser medborgarnas behov av skydd. I detta ligger att tillämpligheten och omfattningen av socialförsäkringssystemets olika delar måste stå klar för dem som berörs, det vill säga för enskilda, samhälle och arbetsgivare. Oklarheter i detta avseende kan medföra över- eller underutnyttjande av socialförsäkringen med minskad samhällsekonomisk effektivitet som följd.

Socialförsäkringssystemets funktion kan påverkas negativt av olika faktorer. En sådan faktor är bristfällig samverkan mellan systemets olika delar – de enskilda försäkringarnas respektive tillämpningsområde kan vara oklara eller det kan framstå som ”lönsamt” att slussa försäkringstagare från ett försäkringssystem till ett annat. Mot denna bakgrund finns ett behov av att dels tydliggöra systemets olika beståndsdelar och deras omfattning, dels organisera det på ett sätt som möjliggör största möjliga samhällsekonomiska effektivitet med beaktande av de intressen som bär upp systemet.

I ett vidare perspektiv kan man se socialförsäkringen som en stabiliserande faktor i samhället. Ett väl fungerande socialförsäkringssystem kan långsiktigt bidra till att motverka sociala spänningar, det vill säga minska risken för social oro. I detta ligger ett främjande av den ekonomiska utvecklingen i samhället – samhällsekonomiska kostnader begränsas och enskilda vågar satsa på ekonomiska projekt utan att behöva riskera utslagning vid ett misslyckande. Man kan säga att ett fungerande socialförsäkringssystem

skapar social och ekonomisk tillit i samhället, något som i sin tur gynnar ekonomisk utveckling och samhälls stabilitet.

### **3. Några grundläggande frågeställningar vid försäkring**

En försäkrings kanske viktigaste funktion är att bereda enskilda ekonomisk och social trygghet<sup>7</sup> vid vissa händelser, som är ovissa vad gäller antingen om de kommer att inträffa eller när de kommer att inträffa.<sup>8</sup> Den skall utgöra ett skydd i situationer där annars för försäkringstagaren stora ekonomiska förluster skulle kunna uppstå. Sådana händelser kan vara att en familjs bostadshus brinner ner eller att en person eller familj på grund av sjukdom står utan försörjning. Försäkringar kan dessutom innehålla en betydande sparkomponent. Storleken på försäkringsåtaganden kan vara ansevärda i relation till enskilda försäkringstagares ekonomiska förhållanden.

Försäkringstagarna har berättigade anspråk på att få sina intressen tillgodosedda inom ramen för gällande regelverk. I försäkringstagarnas intresse ligger att försäkringsåtagandena alltid skall infrias, att försäkringsskyddet skall vara tillräckligt, och att det skall betinga ett skäligt pris.

Försäkringstagarna är exponerade för osäkerhetsskapande faktorer. Detta kommer bland annat till uttryck genom att en försäkringstagare saknar garantier för att försäkringsgivaren i framtiden skall kunna infria sina försäkringsåtaganden. Vidare befinner sig försäkringstagarna i en underlägsen ställning – både kunskapsmässigt och ekonomiskt – i förhållande till försäkringsgivarna. De kan därför ha svårt att avgöra och påverka omfattningen av försäkringsskyddet och det pris detta betingar. Här nämnda faktorer kanske framstår tydligast vid privat försäkring, men de har i tillämpliga delar relevans även vid socialförsäkring.

Beträffande privat försäkring uppställs bland

annat mot denna bakgrund stränga krav rörande såväl meddelande av tillstånd för bedrivande av ”försäkringsrörelse” som för verksamhetens bedrivande.<sup>9</sup> För att garantera att dessa krav uppfylls har försäkringsrörelse underkastats finansinspektionens tillsyn. Regler härom finns i försäkringsrörelselagen (1982:713) och till viss del i försäkringsavtalslagen (2005:104).

De centrala bestämmelserna på socialförsäkringsområdet framgår av socialförsäkringslagen (1999:799) med vidare hänvisningar. Lagen anger bland annat socialförsäkringens olika delar, dess omfattning och hur den administreras. Någon motsvarighet till den näringsrättsliga regleringen av försäkringsrörelse finns inte för socialförsäkring.

### 3.1 Försäkringsskyddets omfattning

En försäkring är normalt mycket betydelsefull för berörda försäkringstagare och andra ersättningsberättigade. En väsentlig funktion för försäkringen är ju att bereda enskilda personer och företag trygghet om vissa oförutsebara händelser inträffar.

Grunden för en privat försäkring utgörs av ett avtal mellan en försäkringsgivare och en försäkringstagare. Om avtalsfrihet råder har försäkringsgivaren stor rörelsefrihet i förhållande till försäkringstagaren. Det är normalt försäkringsgivaren som står för utformningen av avtalet och det är dennas resurser, vilka bland annat bygger på inbetalade premier, som ger den dess inflytande. Många gånger försöker dessutom försäkringsgivaren begränsa sina skyldigheter relativt försäkringstagaren. I dessa fall är det endast den eventuella konkurrensen på området som begränsar försäkringsgivarnas rörelsefrihet i förhållande till försäkringstagarna. För enskilda framstår försäkringsvillkoren ofta som så komplicerade att det är svårt att bedöma såväl omfattning som utfall av en försäkring. Försäkringskunder kan därför ha svårt att jämföra olika försäkringslösningar.<sup>10</sup>

Försäkringsbolagen har ett kunskapsmässigt övertag i förhållande till sina kunder. Genom sin position och sitt förhållande till olika aktörer har ett försäkringsbolag överlägsna kunskaper rörande bland annat försäkringsmarknadernas funktionssätt och de rättsliga mekanismer som reglerar förhållandena på marknaden.

Mot denna bakgrund upptar försäkringsrörelselagen vissa regler rörande information. Vid privat försäkring skall informationen till försäkringstagare och dem som erbjuds att teckna en sådan försäkring vara anpassad efter försäkringens art och tydligt visa försäkringens villkor, till exempel vad gäller försäkringsgivarens möjligheter att inom ramen för existerande regelverk ändra utfallet av försäkringen, och värdeutveckling. På samma sätt skall andra ersättningsberättigade (förmånstagare) ges den information de behöver.

Försäkringsavtalet omfattas av detaljerade och till stor del tvingande regler. Dessa avser avtal om lämnande av försäkring och upptar bland annat utförliga bestämmelser om försäkringsavtals ingående och parternas rättigheter och skyldigheter. Även om de försäkringsavtalsrättsliga reglerna är av civilrättslig karaktär kan de i viss utsträckning sägas ha näringsrättslig verkan genom att de indirekt styr försäkringsbolagens agerande på marknaden. Detta gäller i vart fall försäkringsavtalslagens regler om information.<sup>11</sup>

I fråga om socialförsäkringen kan man säga att villkoren, bland annat vad avser omfattningen av försäkringarna, följer av lag. Man kan därför tro att de problem som uppkommer vid privat försäkring, till exempel oklarhet i fråga om en försäkrings omfattning, och som har sin grund i försäkringstagarnas underläge i förhållande till försäkringsbolagen, saknar relevans vid socialförsäkringen. Försäkringstagarnas rättigheter och skyldigheter framgår av lag och det är i princip inte möjligt att i enskilda fall ändra dessa. Detta förhållningssätt är dock inte utan invändningar. Man kan inte

bortse från att försäkringsgivaren, det vill säga staten, när som helst genom lag (under förutsättning av politiskt stöd) kan ändra omfattningen av sina åtaganden. Det är dessutom försäkringsgivaren, som genom Försäkringskassan avgör tillämpningen av försäkringen i det enskilda fallet. För försäkringstagarna innebär nämnda omständigheter en källa till osäkerhet. Kan de lita på omfattningen av statens åtaganden i socialförsäkringssystemet eller måste de själva bygga upp ett kompletterande skydd?<sup>12</sup>

### 3.2 Premiesättning och risk

I samband med att en privat försäkring lämnas måste försäkringsgivaren beräkna sannolikheten/risken för att en ersättningsgrundande händelse skall inträffa. Denna har betydelse för bland annat beräkningen av den premie försäkringstagaren skall betala. Genom att föra samman ett stort antal försäkringstagare med likartade risker kan ett försäkringsbolag genom riskpooling – riskdelning – utjämna och nedbringa individuella risker. Man kan säga att en person som tecknar en försäkring avhänder sig den ekonomiska risk som är kopplad till en viss händelse. För denna förmån betalar försäkringstagaren en premie.

Ur försäkringsteknisk synvinkel gäller att det bidrag som en försäkringstagare ger för att täcka eventuella förluster bör stå i proportion både till den ersättning han eller hon skall ha, och till den risk just han eller hon löper. Detta är en skillnad mot försäkringslösningar som bygger på premiesolidariska principer. Utmärkande för de sistnämnda är, som redan nämnts, att premien inte är beroende av risk, utan påverkas av andra hänsyn, såsom fördelningssynpunkter och en önskan om solidaritet mellan olika skyddade grupper.<sup>13</sup> Socialförsäkringslagen bygger på en uppdelning av socialförsäkringen i två grenar; en som är bosättningsbaserad avseende olika former av garantibelopp och bidrag såsom sjukvårdersättning, och en som är arbetsrelaterad och avser ersätt-

ning för inkomstbortfall, exempelvis sjukpenning. I båda fallen är inkomsten avgörande för hur stort en enskilds bidrag till försäkringen blir.

För att försäkringspremiens storlek skall kunna bestämmas vid privat försäkring är det nödvändigt att ha tillgång till riskstatistik, som ger information om risken för att en skada som skall ersättas av försäkringen inträffar. Vid beräkningen måste beaktas effekten av olika riskskiljande förhållanden, till exempel att en äldre människa löper större risk att dö än en ung, att risken för dödsfall är större för personer med kroniskt hjärtfel än för friska människor, att det är större risk för brand i ett trähus än i ett stenhus, att det är större risk för inbrott i ett storstadsområde än på landsbygden, och att unga män med tung gasfot och imponerade vänner i allmänhet löper större risk att bli inblandade i trafikolyckor än medelålders kvinnor. Detta betyder att försäkringstagare som innebär en stor risk för försäkringsfall normalt kommer att få betala en högre premie relativt dem som medför låg risk. I samband med exempelvis privat sjukförsäkring medför de principer som ligger till grund för premiesättningen att försäkringstagare med hög risk, såsom kroniskt sjuka och personer med känd hereditet för vissa sjukdomar, generellt får betala en högre premie än personer som innebär en förhållandevis låg risk för försäkringsfall.<sup>14</sup>

Kategoriseringen av de riskskiljande förhållandena, det vill säga fastställandet av vad som är att anse som likartade risker, är betydelsefull vid beräkningen av premien vid privat försäkring. Vid en snäv bestämning av dessa riskklasser finns risk för att kostnaden för försäkringsskydd för vissa grupper blir så hög att dessa väljer att avstå från försäkring. I dessa fall kan följden bli utslagning av enskilda i behov av skydd. Å andra sidan kan en vidsträckt indelning skapa ett negativt urval av försäkringstagare.

Grundproblemet i fråga om negativt urval

är att försäkringstagare, som vet att sannolikheten är hög för att ett försäkringsfall skall inträffa, typiskt sett accepterar en högre premie på sina försäkringar än kunder som innebär en lägre risk. Eftersom det kan vara omöjligt för ett försäkringsföretag att avgöra vilka försäkringstagare som har denna inställning, måste en högre premie tas på alla försäkringar som kompensation för framtida, högre ersättningsanspråk. Följden kan bli att ”goda” försäkringstagare, vilka i normalfall inte är beredda att godta lika höga premier som försäkringstagare med högre risk, söker sig till andra försäkringsföretag. Höjs premierna kan det leda till att ytterligare försäkringstagare avskräcks från att teckna försäkring i det aktuella företaget. Det kan i sin tur leda till en ”ond cirkel” och att urvalet av intresserade försäkringstagare till slut blir så skevt att verksamheten inte går att göra lönsam. Negativt urval kan förebyggas genom att en försäkring görs obligatorisk. Vid obligatorisk försäkring har förekomsten av asymmetrisk information mellan försäkringstagare, å ena sidan, och försäkringsgivare, å den andra, inte någon påverkan på sammansättningen av försäkringskollektivet – uppkomsten av negativt urval förhindras.<sup>15</sup>

Även om en försäkring görs obligatorisk för försäkringstagarna kan emellertid uppstå en situation där försäkringstagare som innebär en förhållandevis hög risk inte får teckna försäkring. Man kan tänka sig exemplet att en försäkringstagare, som drabbas av en ersättningsgill händelse såsom sjukdom, inte får förlänga sin försäkring när dess löptid är till ända. Risker för att en sådan situation uppkommer kan motivera att en obligatorisk försäkring förenas med kontraheringsplikt för försäkringsbolagen. Detta gäller kanske särskilt i de fall försäkringsskydd kan anses vara av stor betydelse för försäkringstagarna, till exempel om försäkringen avser ett grundläggande socialt skydd.

Sammantaget gäller att de beräkningar som

ligger till grund för privat försäkring är så komplicerade att de i regel inte kan förstås av personer utan specialkunskaper. Försäkringstagare i allmänhet kan därför knappast förväntas kunna sakligt bedöma skäligheten av den premie som betalas. Den skälighetsprincip som tidigare fanns intagen i försäkringsrörelselagen, och som bland annat innebar att premien skulle vara rättvist avvägd med hänsyn till risken, är numera borttagen. Att försäkringstagarna på detta sätt torde ha fått en mer utsatt sits än vad som tidigare var fallet är tänkt skall kompenseras av konkurrensen på försäkringsområdet.<sup>16</sup> En fungerande konkurrens på försäkringsområdet förutsätter emellertid att försäkringstagarna tillförsäkras tillgång till adekvat information.<sup>17</sup>

Premien kan bli så hög även i socialförsäkringen, att det blir svårt att få allmän acceptans för dess olika delar. Ett exempel på detta är dagens sjukförsäkring. Där betalar alla som arbetar lika stor andel av sin lön till försäkringen. Samtidigt finns ett tak för utbetalningarna som gör att personer med inkomst överstigande ett visst belopp inte får ersättning i samma utsträckning som personer med lägre inkomst. Det kan hävdas att nämnda problematik saknar direkt praktisk betydelse i fråga om socialförsäkringen. Att så är fallet skulle bero på dels att förmånerna är obligatoriska, dels att en försäkringstagare i princip saknar möjlighet att själv påverka premiens storlek, till exempel genom att byta försäkringsgivare eller förhandla om villkoren för sin försäkring. Mot en sådan uppfattning kan invändas att premierna måste vara väl avvägda i förhållande till ersättningarna både för att skapa incitament för arbete, och för att socialförsäkringens legitimitet inte skall undergrävas.

### 3.3 *Infriande*

Den verksamhet som bedrivs i försäkringsbolag är riskfylld till sin natur. Bolagen bygger sin verksamhet på mottagna premier, vilka i

avkastningssyfte placeras i värdepapper och andra tillgångar. Sådana placeringar medför risker. Av naturliga skäl exponeras försäkringsgivare – privata såväl som staten inom socialförsäkringen – också för försäkringsrisker eller aktuariella risker. Dessa risker avser främst risken för att antalet försäkringsfall skall bli större än beräknat, och har flera orsaker.<sup>18</sup> En orsak är att utvecklingen i samhället aldrig helt kan förutsägas, en annan är omständigheten att det är svårt för ett försäkringsföretag att bedöma risken hos försäkringstagarna, och att fortlöpande övervaka dessa.

Eftersom informationen rörande de förhållanden som rör en försäkring är ofullständig och ojämnt fördelad mellan parterna i ett försäkringsavtal, kan försäkringsförhållanden få inslag av ”moral hazard”. Denna problematik har sin grund i att en försäkringstagare, utan försäkringsgivarens vetskap, genom eget beteende kan påverka sannolikheten för att skada inträffar. På ett principiellt plan kan problemet med moral hazard sägas innebära att en försäkringstagare kan tänkas bli benägen att ta stora risker om en eventuell skada eller förlust ersätts genom försäkring, eller att överskatta omfattningen av en inträffad skada.<sup>19</sup> Uppkommer ett försäkringsfall, kommer försäkringstagaren att få ersättning för sin ekonomiska skada. Om däremot inget försäkringsfall inträffar, kommer försäkringstagaren bara att ha betalat en bråkdel av vad det skulle ha kostat att på egen hand stå för hela risken. I förlängningen innebär detta att antalet inträffade försäkringsfall kan bli fler än förväntat. Problem med moral hazard kan motverkas genom att en försäkring förenas med självrisk och genom noggrann skadereglering.<sup>20</sup>

Ovan nämnda faktorer utgör en källa till osäkerhet också för försäkringstagarna. För dem är det ett problem, att de normalt inte har några som helst kunskaper rörande risk- och löptidsegenskaperna hos försäkringsbolagens tillgångar och skulder (åtaganden), och att de

därför inte kan avgöra om försäkringsåtagandena kommer att kunna infrias eller ej. Försäkringsrörelselagen uppställer mot denna bakgrund regler som skall säkerställa att försäkringsbolagen vid varje tidpunkt skall kunna infria avtalade förpliktelser.<sup>21</sup> Dessa regler tar bland annat sikte på arten och omfattningen av försäkringsbolagens risktagande. Vidare uppställs krav på försäkringstekniska avsättningar, viss kapitalstyrka, och vilka slags tillgångar som får användas för skuldteckning. Beroende på verksamhetens omfattning medför dessa regler att förhållandevis stora mängder kapital binds i bolagen.

Någon motsvarande reglering finns inte på socialförsäkringsområdet. Där administreras försäkringarna av myndigheter och ansvaret för försäkringarna kan ytterst härledas till svenska staten och tryggas på så sätt genom beskattning. Förutsättningarna för de försäkringar som ingår i socialförsäkringen kan emellertid ändras. Detta kan ske genom att premien för försäkringarna, det vill säga skatten höjs, eller att nivåerna för ersättning inom vissa försäkringar förändras. Ur försäkringstagarnas synvinkel innebär detta ett osäkerhetsmoment.

Man får inte glömma bort att det också på socialförsäkringsområdet föreligger en risk att antalet försäkringsfall blir större än beräknat, det vill säga att kostnaderna i försäkringssystemen blir oförmodat stora. Detta gäller inte minst då det även vid dessa försäkringar kan förekomma inslag av moral hazard bland försäkringstagarna. Vid exempelvis sjukvårdsförsäkring kan man nämligen tänka sig att det föreligger en risk för överutnyttjande av just sjukvård, om kostnaden för utnyttjande av vården för den enskilde ter sig som förhållandevis låg. Vi har på TV sett reportage om hur folk söker sig till landets akutmottagningar trots krämpor som lämpligen och till lägre avgift bör behandlas av husläkare. Ett annat exempel rör den allmänna sjukförsäkringen. Visserligen torde försäkringstagare i allmän-



het inte medvetet missköta sin hälsa i akt och mening att få ut försäkringsersättning, men ändrade attityder i samhället kan medföra att åtkomster, till exempel allmän trötthet, som det tidigare närmast ansågs som ”pjosk” att stanna hemma från arbetet för, numera anses medföra ersättningsgill arbetsförmåga. Vidare har förekommit att sjukskrivning använts som påtryckning på arbetsgivare vid olika typer av förhandlingar. Dessa omständigheter pekar på att det även i fråga om socialförsäkring finns behov av bland annat väl avvägda självrisker och en effektiv skadereglering för att motverka moral hazard och uppkomsten av negativa incitamenteffekter i samhällsekonomin.<sup>22</sup>

#### 4. Några avslutande synpunkter

Socialförsäkringen kan sägas ha två huvudsakliga uppgifter, nämligen att tillförsäkra enskilda medborgare ekonomisk trygghet exempelvis vid sjukdom och arbetslöshet, och att undvika onödiga samhällsekonomiska kostnader till följd av exempelvis sjukdom och utslagning. Försäkringen bidrar dessutom till en omfördelning av resurserna i samhället. Ett väl fungerande socialförsäkringssystem förutsätter att tillämpligheten och omfattningen av socialförsäkringssystemets olika delar står klar för de personer som berörs av dem, eftersom det annars kan uppstå över- eller underutnyttjande av systemet med minskad samhällsekonomisk effektivitet som följd. Det finns en risk att systemets funktion kan försämrats på grund av dels bristfällig samverkan mellan dess olika delar, dels dess inneboende komplexitet. Förutsebarheten för den enskilde begränsas av omständigheten att det statsfinansiella läget kan komma att påverka omfattningen av försäkringsskyddet.

Medan lagstiftningen på området för privat försäkring i stora stycken motiveras av omsorgen om enskilda försäkringsskunder synes regelverket på socialförsäkringsområdet del-

vis grundas på bland annat fördelningspolitiska överväganden och legitimitetshänsyn. Det innebär att det regelverk som styr verksamheten i bolag vars rörelse innefattar lämnande av privat försäkring fått annan prägel, till exempel i fråga om utformning av försäkringsvillkor och avsättningar av medel för att trygga försäkringstagarnas eventuella ersättningsanspråk, än de bestämmelser som styr socialförsäkringssystemets olika delar. I den mån försäkringslösningar med inslag av privat försäkring tillskapas på socialförsäkringsområdet måste dessa olikheter beaktas.

Inte desto mindre finns anledning att notera att det, åtminstone i teorin, torde vara möjligt att med privata försäkringslösningar åstadkomma effekter liknande de som följer av skyddet i socialförsäkringssystemets olika delar.<sup>23</sup> Privata försäkringslösningar på socialförsäkringsområdet ger emellertid upphov till ett antal komplexa problem, vilka inte fullt ut hanteras inom ramen för befintliga regler. Sådana problem berör flera rättsområden och avser bland annat frågor rörande premiesättning och hur ett rimligt bibehållande av de grundläggande humanitära principer som idag utgör del i grunden för socialförsäkringen skall kunna säkerställas. En övergång till privata försäkringslösningar på det aktuella området förutsätter att samspelet med EG-rättsliga regler, exempelvis principen om rätt för försäkringsbolag att sälja försäkringar över nationsgränserna med stöd av en enda auktorisation, beaktas. Bland annat aktualiserar lösningar med obligatoriska försäkringar och kontraheringsplikt för försäkringsbolagen frågan om svenska försäkringstagare har möjlighet att teckna försäkringar hos försäkringsgivare med hemvist i ett annat EU-land än Sverige.

Det finns i detta sammanhang anledning att åter peka på några skillnader mellan privata försäkringssystem och socialförsäkringssystemet. Vid privat försäkring finns alltid risken att försäkringsgivaren inte kommer att

kunna infria sina försäkringsåtaganden. Det är lätt att tro att denna risk inte föreligger vid socialförsäkring. Att enskilda alltid kan lita till omfattningen av statens åtaganden genom socialförsäkringssystemets olika delar är dock inte säkert. Skälet till detta är att staten har möjlighet att när den så önskar, till exempel om kostnaderna för försäkringarna blir för höga eller om de påverkar försäkringstagarnas beteende i önskad riktning, ändra förutsättningarna för försäkringarna. Detta är en skillnad mot vad som gäller i fråga om privat försäkring, och innebär en källa till osäkerhet för försäkringstagarna. Privat försäkring kännetecknas av fasta spelregler och grundas på avtal, som förvisso kan ge försäkringsgivaren möjlighet att inom vissa ramar ändra utfallet av försäkringen, mellan en försäkringstagare och en försäkringsgivare. Ett sådant avtal kan inte ensidigt ändras av försäkringsgivaren. Visserligen kan förändringar av spelreglerna på området för privat försäkring ske lagstiftningsvägen, men detta kanske inte sker lika lättvindigt som då det är fråga om offentliga försäkringar. Privata försäkringslösningar på socialförsäkringsområdet skulle således kunna minska risken för kortsiktiga politiska beslut, som i vissa fall skulle kunna vara följd av rent opportunistiska överväganden.

En andra skillnad följer av att privata försäkringsbolag, till skillnad mot vad som är fallet i fråga om de myndigheter som administrerar socialförsäkringen, inte omfattas av principer som ger försäkringstagare rätt till lika-behandling och information såsom gäller inom socialförsäkringen.

En tredje skillnad står att finna i administrationen av privata försäkringar respektive socialförsäkringens olika delar. Det finns anledning att fråga sig om privata försäkringsbolag är bättre skickade än offentliga institutioner att administrera det försäkringsskydd (eller delar av detta) som idag hanteras inom ramen för socialförsäkringen. Annorlunda uttryckt är frågan om försäkringsbolag nöd-

vändigtvis har större möjlighet än det allmänna att hantera problem, till exempel moral hazard bland försäkringstagare, som resulterat i ökade kostnader för bland annat sjuk-skrivningar.

### Noter

- <sup>1</sup> Privat försäkring omfattar ett stort antal verksamhetsgrenar vilka kan delas in på olika sätt. Se exempelvis prop. 1981/82:180, s. 83 och SOU 1991:89, s. 85. Jfr Hellner, Försäkringsrätt, 1965 (1994), s. 43 ff. Inom EG-rätten talar man om "life insurance" respektive "non-life insurance".
- <sup>2</sup> I Grupplivskyddet behandlar Roos skillnaden mellan individuell försäkring och grupp-försäkring. Han pekar särskilt på att en grupp-försäkring ur aktuariesympunkt är ett sätt att meddela försäkring utan att göra en individuell riskbedömning. Vidare berör han grupp-försäkringens funktionssätt, bland annat med avseende på försäkringsavtalets, det vill säga gruppavtalets, utformning. (Roos, Grupplivskyddet, 1974, särskilt s. 13 f.)
- <sup>3</sup> I den juridiska litteraturen är socialförsäkrings-begreppet inte entydigt. Se exempelvis Paskalia, Free Movement of Persons and Social Security – Gender implications of EC Regulation 1408/71, 2005, särskilt avsnitt 1.2, Schmidt, Allmänna och privata pensioner, 1974, s. 1 ff. och Hellner, a.a. s. 4 f. Vidare Larsson m. fl., En hållbar socialförsäkring – Rapport från SNS Valfärdsråd 2005, s. 34 ff.
- <sup>4</sup> Särskilda försäkringsbolag – ”avtalsbolag” – har skapats av arbetsmarknadens parter för att administrera dessa försäkringar.
- <sup>5</sup> Det finns anledning att vara uppmärksam på att negativ särbehandling av unga kvinnor på arbetsmarknaden också kan ha andra orsaker, t.ex. att arbetsgivare vill försöka undvika merarbete och administrativa problem i samband med föräldraledighet och vård av sjuka barn.
- <sup>6</sup> Det finns en rad olika tankar vad gäller syftet med olika system för social trygghet, samtidigt som det finns olika modeller för att tillgodose ifrågavarande syften. Se exempelvis Paskalia, a.a., särskilt avsnitt 1.2.

- <sup>7</sup> Tryggheten tillkommer inte enbart dem som faktiskt drabbas av en skada eller annan ersättningsgrundande händelse och som får ersättning därför, utan alla dem som skulle vara berättigade till ersättning om skada inträffade.
- <sup>8</sup> Se Hellner, a.a. s. 15. Jfr Schmidt, Faran och försäkringsfallet, 1943, s. 7 och 10 ff. beträffande olika betydelsevarianter av ordet fara eller risk.
- <sup>9</sup> Även om skyddet av försäkringstagarnas intressen är grundläggande för den näringsrättsliga regleringen av försäkringsrörelse måste man komma ihåg att det också finns andra ändamåls-skäl som bör beaktas inom ramen för regelverket. En helhetssyn inkluderar således även tryggheten av det finansiella systemets effektivitet.
- <sup>10</sup> Jfr Wilhelmsson, Om styrning av försäkringsvillkor, 1977, s. 63 ff. och 155 ff.
- <sup>11</sup> Jfr Bengtsson, JT 1992-93, s. 215, och Försäkringsteknik och civilrätt, 1998, s. 77 f.
- <sup>12</sup> Jfr Persson, Privatisering av ATP-systemet, Ekonomisk Debatt 1996, nr 7, s. 555. Även Persson & Siven, Staten som riskfaktor, Ekonomisk Debatt 1997, nr 8, s. 445.
- <sup>13</sup> Se avsnitt 1 om privat respektive offentlig försäkring.
- <sup>14</sup> Man kan tänka sig att ett försäkringsbolag i vissa fall väljer att sätta premien lägre än vad som motsvaras av den verkliga risken. Ett sådant handlande kan motiveras till exempel av att man vill undvika försäkringsvillkor som verkar diskriminerande på grundval av kön.
- <sup>15</sup> Se Larsson m. fl., a.a., särskilt kapitel 3 och 4. Jfr Zweifel i Dionne (red.), Handbook of Insurance, 2000, s. 935 ff.
- <sup>16</sup> Prop. 1998/99:87, s. 157 f. och 164 ff. Jfr SOU 1946:34 s. 33 ff. och prop. 1948:50 s. 147.
- <sup>17</sup> Se Bengtsson, Försäkringsteknik och civilrätt, s. 12 f. med vidare hänvisningar.
- <sup>18</sup> Försäkring utgår från möjligheten att beräkna risk på grundval av alla kända faktorer. Man kan därför säga att försäkringsrisken avser sannolikheten att antalet försäkringsfall blir större än beräknat.
- <sup>19</sup> Moral hazard kan hänföra sig till försäkringstagarens beteende innan skadan inträffar – moral hazard ex ante – eller dennas handlande efter att skadan inträffat – moral hazard ex post.
- <sup>20</sup> I princip bekämpas moral hazard ex ante genom att en försäkring förenas med självrisk. Moral hazard ex post motverkas med hjälp av skadereglering.
- <sup>21</sup> Se exempelvis SOU 1983:5, s. 84.
- <sup>22</sup> Jfr Larsson m. fl., a.a., särskilt kapitel 3 och 4 med vidare hänvisningar, och Zweifel, a.a. s. 942. I vissa fall kan det vara så att människor söker sig till sjukvården av andra skäl än vad vi vanligen betecknar som egentlig sjukdom. Det kan röra sig om människor som lider av ensamhet eller psykisk sjukdom. Vidare kan det vara så att vissa personer som lider av sjukdom hellre söker sig till akutmottagningen vid ett stort sjukhus än till vårdcentralen. Man kan diskutera i vilken utsträckning dessa människors beteende styrs av självrisk i socialförsäkringen.
- <sup>23</sup> Sådana lösningar behandlas utförligt av Larsson m. fl. i En hållbar socialförsäkring.

till en viss gräns per år. Detsamma gäller för de fall försäkringsersättning, enligt försäkringsvillkoren, skall utgå endast upp till ett visst försäkringsbelopp per skada och/eller försäkringstid. Har flera skador uppstått och skall dessa tillsammans behandlas som en skada, riskerar försäkringstagaren att gå miste om ersättning för stora delar av förlusten om skadorna tillsammans uppgår till ett större belopp än försäkringsbeloppet. Frågan är vilka faktorer som påverkar bedömningen av antalet skador och vilken inbördes betydelse dessa faktorer skall tillmätas. Problematiken i fråga har mig veterligen behandlats endast i mycket liten utsträckning i svensk rätt och doktrin. En av de personer i övriga Norden som har behandlat ämnet och vars arbete har utgjort en särskilt stor och viktig utgångspunkt i arbetet med min magisteruppsats är Professor Trine-Lise Wilhelmsen (Oslo).

### Något om det försäkringsrättsliga skadebegreppet

Av vad som har framkommit genom arbetet med min magisteruppsats följer att *skada/förlust* måste anses avse själva effekten/följden av en inträffad skadehändelse, vilken täcks av försäkring. Det krävs en fysisk försämring eller förlust för att det skall vara fråga om skada i försäkringsrättslig bemärkelse. Professor Hellner har uttalat att med skada även kan avses fysisk försämring på egendomsutseende. Detta synsätt bekräftas bland annat av utgången i SkVn 58/1993.<sup>2</sup> Nämndeutlåtandet i SkVn 138/1982 verkar dock tyda på att även det motsatta (att utseendeskada inte nödvändigtvis innebär sakskada, vilket täcks av egendomsförsäkring) kan vara fallet.<sup>3</sup> SkVn 58/1993 är intressant även på så sätt att nämnden uttalade att sådan sakskada förelåg (ett slags funktionsstörning) att ersättning skulle utgå enligt ansvarsförsäkringen. Hade fråga varit om egendomsförsäkring hade nämnden troligen kommit fram till det mot-

sätta i detta fall, eftersom saksksadebegreppet, mot bakgrund av vad jag har kommit fram till i min magisteruppsats, förefaller ha en vidare innebörd inom ansvarsförsäkring än inom egendomsförsäkring. Med detta sagt kan alltså innebörden av begreppet *skada/förlust* variera ifråga om egendoms- respektive ansvarsförsäkring.

Mina studier tyder på att begreppet *skada/förlust* har en relativt snäv innebörd. Låt säga att det i försäkringsvillkoren stadgas att en självrisk avdras *vid varje skada*. Vad gäller flerskadeproblematiken innebär användandet av begreppet *skada/förlust* i försäkringsvillkoren att när en och samma skadehändelse orsakar flera skador, skall dessa skador behandlas separat och för varje enskild skada skall en självrisk avdras och högst ett försäkringsbelopp utbetalas. Är skadorna stora, innebär detta i teorin att försäkringstagarens möjligheter att få ersättning för alla sina skador ökar, eftersom ersättning utgår för varje skada, samtidigt som självrisken totalt sett blir större. I praktiken är det dock vanligt att försäkringsbolagen begränsar sitt ansvar genom att i villkoren stadga till exempel att ersättning i enlighet med tecknad försäkring utgår med maximalt två försäkringsbelopp per försäkringsår. Är så fallet är det möjligt att försäkringstagaren kommer att kunna erhålla ersättning endast för en del av sin totala skada. Begreppet *skadehändelse* i sin tur förefaller vara snävare än begreppet *orsak*<sup>4</sup>, eftersom det förra inte torde kunna anses innefatta ett tillstånd, att någonting som skall hända inte händer eller underlåtenhet/försummelse att göra något. Därtill är *skadehändelse* troligtvis ett bredare begrepp än *skada/förlust*, eller för den delen än *ersättningskrav*<sup>5</sup>.

Det förekommer uppfattningar om att med *skadehändelse* avses den tidpunkt när skada faktiskt uppstår till skillnad från den tidpunkt när den orsakas. Jag har dock svårt att förstå varför försäkringsbolagen, om den betydelsen avses, skulle använda detta begrepp som,

om denna innebörd rimligen skulle kunna tillmätas begreppet, uppenbarligen kan uppfattas på flera sätt. Enklare vore väl i sådant fall att använda begreppet *skada*, vars innebörd såvitt jag kan förstå, måste anses vara relativt uppenbar. Enligt min mening borde det generellt med relativt god säkerhet kunna sägas att med *skadehändelse/-tillfälle* avses någonting annat än en faktisk, fysisk skada eller förlust på eller förlust av försäkrad egendom. Jag vill således påstå att det finns vissa påtagliga skillnader mellan begreppen *skada* och *skadehändelse* vad gäller det antal skador som kan anses inrymmas i respektive begrepp och att valet av skadebegrepp därför kan ha stor ekonomisk betydelse. Visserligen behöver skillnaderna vad gäller effekten av begreppen i praktiken inte nödvändigtvis bli så stora. Jag tänker närmast på de begränsningar som försäkringsbolagen gör i fråga om antal försäkringsbelopp per försäkringsår. Begreppet *skadehändelse* i sig förefaller som sagt ha en bredare innebörd än *skada/förlust*. Stadgar försäkringsvillkoren exempelvis att en självrisk skall avdras *vid varje skada som kan hänföras till en skadehändelse* eller *vid varje skadetillfälle* torde detta istället innebära att flera skador, vilka har uppstått till följd av en och samma händelse, försäkringstekniskt tillsammans skall behandlas som en skada.

Följande exempel visar att med *skadehändelse* kan avses olika saker.<sup>6</sup> 16 lufttäta containrar konstrueras med defekt material. Med anledning härav tränger luft in i containrarna varpå väggarna oxiderar, vilket orsakar skada och utsläpp av smält metall vid 40 tillfällen. Frågan är om med *varje skadehändelse* i villkoren avses exempelvis 1. tillverkningen av det defekta materialet (1 skadehändelse), 2. tillverkningen av varje förslutningsanordning (16 skadehändelser), 3. installationen av varje förslutningsanordning (16 skadehändelser), 4. första tillfället förslutningen spricker i en container (16 skadehändelser) eller 5. varje gång en container genomträngs

av den smälta metallen (40 skadehändelser). Skadehändelsen måste ha inträffat inom försäkringstiden för att försäkringsersättning skall utgå.<sup>7</sup> Har händelse nr 1 inträffat dessförinnan kan detta alternativ inte anses utlösa försäkringsansvar och därmed inte heller självrisk. Alternativ nr 5 är troligen inte heller det tänkbart eftersom detta skulle innebära att *skadehändelse* och *skada/förlust* likställs, vilket jag har avfärdat. Händelse nr 2-4 ger i princip samma resultat: 16 separata skadehändelser. Alternativ nr 4 indikerar att det skulle vara fråga om en skadehändelse som har en bestämd början och ett bestämt slut. För en process torde detta ofta vara svårt att fastställa. Troligtvis skulle alternativ nr 4 innebära att med skadehändelse avses varje gång materialet i förslutningsanordningarna faktiskt spricker så pass mycket att luft kan tränga in och sätta igång oxidationen. Det är möjligt att materialet inte alltid spricker så mycket att förslutningsanordningen ger vika eller att det inte spricker samtidigt i varje container. Detta sista alternativ indikerar också det synsättet att med skadehändelse avses den tidpunkt när skada faktiskt uppstår. Enligt min mening är det fullt tänkbart att punkten 4 i exemplet utgör den ”effektiva” skadehändelsen, men redan punkten 3 torde kunna vara den för försäkringsansvaret ”relevanta” skadehändelsen.

Den uppfattning av begreppet *skadehändelse*, som jag förut nämnde, enligt vilken innebörden av begreppet är *skada uppstår*, bör här kort kommenteras. Med tanke på exempelvis utvecklingsskador orsakade av läkemedel torde det vara mycket svårare att fastställa skadehändelsen enligt detta synsätt, eftersom skadeutveckling kan pågå i flera år. Min åsikt är att om denna uppfattning är vanligt förekommande och önskad, är, för de försäkringsbolag vilka med *skadehändelse* snarare avser orsaken till skada än skadans uppkomst, ett lämpligare ordval i försäkringsvillkoren *skadegörande/-vällande händelse*.

## Flerskadeproblematiken

### Allmänt

Det framstår sällan som helt självklart, men i olika villkorsnämnds- och rättsfall samt till viss del i försäkringsvillkor kan vissa kriterier eller former för samhörighet urskiljas vilka skall vara uppfyllda för att flera skador försäkringstekniskt tillsammans skall behandlas som en skada. Till att börja med krävs att samtliga skador i sig täcks av försäkringen i fråga.<sup>8</sup> För ansvarsförsäkring är kriterierna orsak och tid relativt väletablerade och dessa förefaller kunna utläsas ur de flesta av försäkringsbolagens villkor.<sup>9</sup> Beträffande egendomsförsäkring är det inte lika klart vilka kriterierna för en enda skada är, fastän det i praxis oftast tycks ha lagts vikt främst vid tid och plats. Överlag är min uppfattning att kriterierna för en enda skada är oklara även för försäkringsbolagen, även om vissa kriterier förekommer i vissa försäkringsbolags villkor. Inte heller den försäkringsrättsliga doktrinen ger särskilt mycket ledning härvid. Nedan skall jag närmare presentera de olika kriterier som jag har funnit, vilken betydelse de respektive kriterierna kan tillmätas, hur många och vilka kriterier som måste vara uppfyllda för att flera skador tillsammans skall behandlas som en skada. Vidare skall jag, beträffande ansvarsförsäkring, kort behandla serieskadeklausuler.

### Egendomsförsäkring

#### Tidskriteriet för egendomsförsäkring

Det förekommer försäkringsvillkor som anger en tidsram. Som exempel härpå kan nämnas att villkor för stormförsäkring ofta anger att skador vilka inträffar inom 72 timmar tillsammans skall behandlas som en skada. Angivelser av sådant slag saknas emellertid i många försäkringsvillkor, varför det ofta blir nödvändigt att göra en bedömning i de enskilda fallen. Utgångspunkten förefaller vara att ju närmare i tid två skador inträffar, desto större

är sannolikheten att dessa skador tillsammans skall behandlas som en skada. Frågan är dock var den borte gränsen går; hur lång tid kan förflyta mellan skadorna utan att tidssambandet bryts? När är det fråga om två helt skilda händelser eller tillfällen? I de olika fall som jag har analyserat i min magisteruppsats och i vilka det har konstaterats att flera skador skall behandlas som en, har tidsspännen varierat från några få minuter och någon timme till längre, om än mer opreciserade, tidsspän såsom *kort efter reparationen av den första skadan*. När ett par dygn eller mer tid än så har förflutit mellan skadorna har i vart fall inte tidskriteriet ansetts vara uppfyllt. Observera dock att detta kriterium mig veterligen allsamtid inte ensamt har tillmätts avgörande betydelse. Här kan nämnas att stölder som har begåtts av samma person på samma plats under flera år, i vart fall i norsk försäkringsrätt, har ansetts utgöra en enda fortgående stöld.<sup>10</sup> Om andra kriterier har varit uppfyllda till en högre grad, låt säga att flera skador har inträffat på exakt samma plats, har det godtagits att längre tid (i alla fall ett par dygn) har förflutit mellan skadornas inträffande. I likhet med detta har ett större geografiskt område godtagits som samma plats i fall när endast kort tid har förflutit mellan flera skador. Andra faktorer kan emellertid också påverka tidskriteriet. Har en brand försvagat en vägg i en byggnad och faller väggen samman på grund av kraftig vind inte lång tid efter branden, är ett relativt kort tidsintervall inte nödvändigtvis tillräckligt. Har inte försäkringstagaren vidtagit förebyggande åtgärder, om detta har varit möjligt, kan detta ses som en mellankommande handling (eller icke-handling/underlåtenhet) vilken bryter, eller kanske snarare förtar verkan av, ett i övrigt relativt starkt tidssamband. Min slutsats är att tidskriteriet kan variera och att en bedömning måste göras i varje enskilt fall. Övriga kriteriers uppfyllandegrad och omständigheterna i det enskilda fallet påverkar tidskriteriet.

### Platskriteriet i egendomsförsäkring

Att döma av de olika fall<sup>11</sup> som jag studerat kan även den vikt som skall tillmätas platskriteriet vara beroende av övriga kriteriers uppfyllandegrad. Precis som i fråga om tid gäller att ju mindre geografiskt avstånd mellan flera skador, desto större är sannolikheten att platskriteriet är uppfyllt och att skadorna tillsammans skall behandlas som en. I flera fall talas det om skador vilka har inträffat *i närheten av varandra*. Vad som menas härmed är oklart, men i fall där avståndet har varit flera mil har kriteriet ofta inte ansetts uppfyllt. Med relativt god säkerhet kan det dock sägas att det inte är nödvändigt att skadorna inträffar på exakt samma plats. Som jag nämnde i avsnittet ovan påverkas kriteriets vikt av huruvida och till vilken grad övriga kriterier är uppfyllda. Enligt min mening är platskriteriet troligtvis strängare beträffande egendomsförsäkring än vad gäller ansvarsförsäkring. Jag anser således att det krävs att övriga kriterier är uppfyllda i relativt hög grad för att ett svagt plats samband, i vart fall flera mils avstånd, skall kunna överbyggas.

### Krav på orsak, förutsebarhet och avsikt för egendomsförsäkring

I praxis har det, mer eller mindre uttalat, även fokuserats på orsakssamband mellan flera skador. Enligt mig framstår det som naturligt att tillmäta detta kriterium åtminstone viss betydelse. Orsak bör vara det kriterium som alltid (i någon mån) måste vara uppfyllt för att det överhuvudtaget skall komma på tal att försäkringstekniskt behandla flera skador som en.<sup>12</sup> Det är för övrigt svårt att föreställa sig att flera skador vilka inte alls har något orsakssamband inträffar på samma plats och vid samma tidpunkt. I vart fall förefaller sannolikheten för detta vara liten och jag kan inte tänka mig att försäkringsbolagen har för avsikt att behandla skador av helt skilda orsaker som en skada bara för att de inträffar samtidigt och/eller på samma plats, oavsett försäkrings-

bolagens strävan efter att begränsa sitt ansvar. Däremot torde det i försäkringsrättsligt avseende i vart fall inte krävas särskilt starkt orsakssamband mellan flera skador för att de tillsammans skall behandlas som en skada.<sup>13</sup>

Det är oklart när flera skador skall anses ha uppstått av samma orsak.<sup>14</sup> Två alternativ förefaller vara möjliga; antingen avses att flera skador har samma typ av/liknande orsak, såsom vattenläckage, eller så avses att den faktiska bakomliggande händelsen är gemensam för skadorna, såsom en viss brusten vattenledning. Med sistnämnda alternativ måste även avses att någonting orsakar en skada och att denna i sin tur, i sig själv eller i samverkan med nya omständigheter, orsakar ytterligare skada. Detta tyder alltså på en bredare tolkning av begreppet *orsak*, men båda alternativen återfinns i praxis. Ett bättre och mer precist ordval är i mitt tycke *gemensam orsak*. Som exempel härpå kan nämnas att ett och samma produktionsfel medför skador på flera levererade produkter.<sup>15</sup>

I samband med bedömningen av huruvida försäkringsrättsligt relevant orsakssamband föreligger bör hänsyn tas även till om den första skadan medförde en sårbarhet och därmed markant ökade risken för att den/de efterkommande skadorna inträffade; huruvida det, med tanke på den förstkommande skadan, kan anses ha varit förutsebart att även efterföljande skada/skador skulle inträffa.<sup>16</sup> Jag är benägen att påstå att detta förutsebarhets kriterium bör tillmätas förhållandevis stor betydelse när det skall avgöras huruvida flera skador tillsammans skall behandlas som en enda skada. Dessvärre har jag inte funnit någon svensk praxis som styrker min ståndpunkt, men det förefaller däremot norsk och brittisk praxis göra.<sup>17</sup>

Som förut har påpekats i fråga om tids samband kan försäkringstagarens möjlighet/underlåtenhet att försöka förhindra eller begränsa en skada, vars inträffande mot bakgrund av en redan inträffad skada i relativt stor

mån har varit förutsebar, bryta orsakssambandet mellan flera skador. Som exempel härpå kan nämnas att värmesystemet i ett växthus går sönder och växterna indirekt skadas på grund av frost. Har försäkringstagaren haft möjlighet att rädda växterna, exempelvis genom att sätta in en motorvärmare, men har denne underlåtit att göra så, anses orsakssambandet mellan skadorna ha brutits.

Något som ej kan ses som ett kriterium, utan snarare som en samhörighetsform och som jag förmodar har blivit alltmer påtaglig, med tanke exempelvis på senare års terrorattacker, är *avsikt*. Härmed åsyftar jag även till exempel en plan, en operation/aktion eller ett beslut. Den betydelse som detta kriterium skall tillmätas måste anses vara beroende av utformningen av försäkringsvillkoren och det skadebegrepp som däri har valts. Villkor som tar sikte på *orsak* torde i sig, såvitt jag kan förstå, tala för att en avsikt kan anses utgöra orsaken till skada och att till exempel terroristattacker mot Tvillingtornen i New York den 11 september 2001 försäkringstekniskt tillsammans skall behandlas som en skada. Vad gäller begreppet *skadehändelse* framstår det för mig som oklart vad som skall anses gälla för avsikt och flera skador i detta avseende. *Skadehändelse* kan i vart fall definieras genom kriterierna tid och plats. Den brittiska skiljedomen Dawson's Field visar dock synsättet att en plan inte kan anses utgöra en skadehändelse och att detta kriterium således inte inverkar på lösandet av flerskadeproblematiken. Palestinska terrorister hade kapat fyra flygplan på en och samma dag i september 1970. Tre av planen flögs till Dawson's Field i Jordanien och det fjärde flygplanet flögs till Kairo. Försäkringsvillkoren stadgade att försäkringen täckte "*each and every loss [...] and/or occurrence and/or series of occurrences arising out of one event*". Skiljedomaren uttalade att *event* och *occurrence* skulle likställas i detta fall och att de tre flygplanen konstituerade en skada (skadehän-

delse) eftersom de sprängdes i närheten av varandra och nästintill simultant inom ett tidsintervall av några minuter och som resultatet av ett och samma beslut att göra så. Domaren uttalade emellertid att om flygplanen hade förstörts vid den respektive tidpunkt de kapades, hade detta medfört att tre olika skador (skadehändelser) skulle ha ansetts föreligga, eftersom det i sådant fall hade varit fråga om att tre olika personer förstörde flygplanen på tre vitt spridda platser, om än med ett gemensamt syfte. Domaren godtog inte argumentet att flygplanskapningarna kunde hänföras till en och samma händelse på grund av att de alla var del i en och samma plan; "*A plan cannot by itself constitute an event*".<sup>18</sup> I ett annat brittiskt fall<sup>19</sup>, vilket berörde direkt försäkring, tockades begreppet *occurrence* i försäkringsvillkoren. Vid invasionen av Kuwait 1990 beslagtogs irakiska trupper 15 flygplan på Kuwaits flygplats. Inom loppet av en vecka hade samtliga 15 flygplan flugits ut ur Kuwait och förstörts. Försäkringsvillkoren stadgade att försäkringsersättning utgick för "*any one occurrence, any one location*" vilka hade sin grund i av försäkringen täckta risker/skadehändelser (däribland kapning). Domstolen uttalade att "*the losses' circumstances must be scrutinized to see whether they involved such a degree of unity as to justify their being described as, or arising out of one occurrence [...] In assessing the degree of unity regard may be had to such factors as cause, locality and time and the intentions of the human agents*". Skadorna bedömdes som en enda skadehändelse (beslagtagandet av flygplanen). Citatet tyder på att, även om en plan/avsikt i sig inte kan vara avgörande, måste i vart fall viss hänsyn tas till den bakomliggande avsikten; avsikten ges vid en sådan bedömning karaktären av en gemensam, bakomliggande orsak.

Min åsikt är att denna form av samhörighet (exempelvis plan, avsikt) i vissa fall kan ha stor betydelse.<sup>20</sup> Självfallet måste den vikt



som skall tillmätas avsikt variera beroende på övriga kriteriers uppfyllandegrad, men även när tids- eller platssambandet mellan flera skador är relativt svagt torde avsikt ha viss betydelse. Precis som för kriterierna tid och plats i förhållande till varandra måste dock gälla att ett nästintill obefintligt samband i tid och rum inte kan överbyggas av det faktum att flera skador har inträffat till följd av en och samma plan/avsikt. I praktiken måste det vara så att denna form av samhörighet inte ensam ges avgörande betydelse. Sannolikheten att flera skador vilka har inträffat på helt skilda tidpunkter och platser, mot bakgrund endast av avsikten, ändå behandlas som en skada är inte särskilt stor eftersom en sådan bedömning sällan torde kunna anses vara vare sig naturlig eller rimlig.

#### **Naturlighets-/rimlighetskriteriet för egendomsförsäkring**

Detta kriterium har, såvitt jag kan förstå, inte behandlats i någon nämnvärd grad vare sig i försäkringsvillkor eller i svensk doktrin. Mina studier av praxis och utländsk doktrin tyder emellertid på att naturlighets-/rimlighetskriteriet faktiskt, mer eller mindre uttalat, finns och beaktas. Såväl mot bakgrund av försäkringstagarens behov av försäkringskydd som mot försäkringsbolagens intresse av att begränsa sitt ansvar måste, enligt min mening, detta kriterium anses vara överordnat de övriga kriterierna. Oavsett vilka och hur många av de övriga kriterierna som är uppfyllda måste det nödvändigtvis vara avgörande, för frågan huruvida flera skador skall behandlas som en skada, om en sådan bedömning är naturlig och/eller rimlig. Som ovan har påpekats råder oklarhet i fråga om de olika kriteriernas betydelse och såvitt jag kan förstå måste en bedömning därför nödvändigtvis göras i varje enskilt fall. Den praxis jag har studerat indikerar att kriterierna tid och plats har ansetts vara uppfyllda såväl när kort tid har förflutit mellan flera skador vilka har

inträffat nära varandra, som när lång tid har förflutit mellan skadorna och dessa har inträffat på ett stort geografiskt avstånd ifrån varandra. Dessa skillnader måste enligt min mening tyda på att en individuell naturlighets- och/eller rimlighetsbedömning i praktiken ofta görs.

Jag anser att varje kriterium för sig liksom helheten måste bedömas mot bakgrund av vad som kan anses vara naturligt och/eller rimligt. Detta synsätt medför att flera skador kan komma att behandlas som en, även i fall när kanske bara något av kriterierna är uppfyllt. Jag vill dock klargöra att jag på intet sätt anser att det går att låta bli att göra en bedömning av de övriga kriterierna; dessa måste rimligtvis vara utgångspunkten. Naturlighets-/rimlighetskriteriet torde medföra att olika kriterier tillmätts varierande inbördes betydelse i olika situationer. Det finns således inte någon generell regel som anger att ett visst kriterium alltid har mindre betydelse än ett visst annat kriterium, utan detta måste avgöras från fall till fall. Om det vid en helhetsbedömning av här avsett slag uppenbart saknas (naturligt) samband mellan flera skador måste sambandet anses vara brutet och skadorna bör försäkringstekniskt behandlas som flera separata skador. Det är svårt att definiera vad som avses med naturligt eller rimligt, eftersom en bedömning måste göras i varje enskilt fall. Viss vägledning torde dock kunna hämtas ur praxis (såväl svensk som utländsk).<sup>21</sup>

#### **Kriterier för en eller flera egendomsskador – exempel**

Tag exemplet med flygplanen som flögs in i Tvillingtornen i New York den 11 september 2001. Vad gäller kriteriet plats måste detta i hög grad anses vara uppfyllt. Byggnaderna var placerade intill varandra och tillhörde ett och samma byggnadskomplex (oavsett ägarförhållanden). Beträffande kriteriet tid inträffade skadorna med endast 18 minuters mellanrum och båda byggnaderna kollapsade inom

två timmar. Även tidssambandet måste således anses ha varit starkt. Beroende på utformningen av försäkringsvillkoren avgörs det huruvida de två kollapsade tornen skall behandlas som en eller flera skador. Stadgar villkoren att en självrisk dras *vid varje skadetillfälle/skadehändelse* torde skadorna med relativt stor säkerhet vara att behandla som en skada. Detta baserar jag, som ovan nämnt, på att jag anser att den bakomliggande terrorattacken måste tillmätas betydelse som gemensam orsak till de båda flygplansattacker. Har försäkringsbolaget istället valt formuleringen *vid varje skada* i sina villkor, torde det inte vara lika självklart att de båda tornen tillsammans skall behandlas som en skada. Som orsak torde i sådant fall räknas varje flygplans inflygning i respektive torn. Det är dock tänkbart att en helhetsbedömning av vad som skall anses vara naturligt och rimligt, med tanke på den höga grad i vilken de övriga kriterierna är uppfyllda och den avsikt som var gemensam för de båda flygningarna, likväl leder till slutsatsen att de två tornen tillsammans behandlas som en skada.

Antag nu istället att två av försäkringstagarens fastigheter, vilka är belägna på flera kilometers avstånd ifrån varandra, under ett och samma åskväder skadas genom blixtnedslag. Skadornas samband i tid (anta att åskvädret pågår under flera timmar) och rum är i sådant fall inte lika starkt som i exemplet ovan. Stadgar försäkringsvillkoren att en självrisk avdras *vid varje skadetillfälle/skadehändelse* torde den för försäkringen relevanta orsaken kunna anses vara själva åskvädret med alla dess blixtnedslag inkluderade. Skadorna torde således, i vart fall ifråga om detta kriterium, tillsammans kunna behandlas som en skada. Även en naturlighets-/rimlighetsbedömning borde leda till detta resultat, eftersom orsak, mot bakgrund av den valda villkorsformuleringen, torde tillmätas stor betydelse. Stadgar villkoren istället att en självrisk avdras *vid varje skada* borde istället varje enskilt blixtnedslag anses vara den relevanta (och effektiva) orsaken. Endast de skador vilka har orsakats av samma blixtnedslag torde i så fall kunna behandlas som en skada. Inte heller en naturlighets-/rimlighetsbedömning förefaller kunna leda till en annan bedömning med tanke på det relativt svaga sambandet i tid och rum.

### **Ansvarsförsäkring Tids-/tillfälleskriteriet för ansvarsförsäkring**

Detta kriterium är inte exakt detsamma beträffande ansvarsförsäkring som beträffande egendomsförsäkring. Vad gäller ansvarsförsäkring och flera skador handlar det snarast om att fastställa huruvida skadorna har inträffat under utförandet av ett och samma arbete, ifall skadorna är hänförliga till samma arbetsinsats/beställning eller i övrigt har inträffat under en sammanhängande men begränsad tid; samma tillfälle. Vad som skall anses utgöra ett tillfälle förefaller, mot bakgrund av de nämndsfall jag har studerat, till viss del bero på vilken typ av arbete som utförs. Detta sätt att se på tid och tillfälle möjliggör att även flera skador vilka har inträffat under en längre tid (längre än några få dagar) kan komma att behandlas som en skada. Skador som inträffar med flera års mellanrum torde emellertid sällan kunna anses ha inträffat vid samma tillfälle. I den praxis jag har studerat har flera skador ansetts inträffat vid samma tillfälle såväl när några minuter har förflutit mellan skadorna som när flera dygn har passerat. Vare sig nämndspraxis eller försäkringsvillkorens definitioner (när sådana finns) säger något om hur långt ett tillfälle kan vara. Försäkringsvillkor för ansvarsförsäkring anger ofta att en självrisk avdras för flera skador av samma orsak *vid samma tillfälle*. Kriteriet i sig framgår alltså av villkoren. Jag är emellertid benägen att påstå att kriteriet inte alltid måste tolkas snävt och att med *tillfälle* faktiskt torde kunna avses även en längre tidsperiod. Rim-

ligtvis måste det krävas att det är fråga om en sammanhängande tid. Även här torde ett slags naturlighetsbedömning vara nödvändig.

#### **Orsakskriteriet för ansvarsförsäkring**

Nämndspraxis tycks indikera att skillnad görs mellan vad som utgör ett/en respektive flera fel/defekter. Enligt min mening uttrycks detta kriterium bäst så att skadorna skall ha orsakats av samma skadevållande (ansvarsgrundande) förhållande. Med detta åsyftar jag till exempel att ett maskinfel, en felaktig arbetsinstruktion/arbetsmetod, ett felaktigt material eller en felaktig konstruktion har orsakat flera skador. Dessutom avses att underlåtenhet, att handla på ett visst sätt eller att företa vissa åtgärder, orsakar flera skador. Jag anser att om flera skador har uppstått på grund av samma skadehändelse, inbegripet en process eller underlåtenhet, har de uppstått av samma orsak. Utgången i SkVn 12/1961 tyder på att skillnad måste göras mellan vad som utgör *likadan* och *samma* orsak. I fall när flera skador har uppkommit av *likadan* orsak på flera av ett företag tillhöriga fabriker belägna långt ifrån varandra (om än inom samma län), kan skadorna inte anses ha uppkommit av samma orsak om inte exempelvis en centralt utfärdad arbetsinstruktion har funnits. Har till exempel flera produktskador orsakats av flera separata produktionsfel, föreligger flera skador. Det måste alltså finnas en faktisk, gemensam nämnare; en försäkringsrättsligt relevant orsak. Detta kriterium bör alltid vara uppfyllt för att flera ansvarsskador försäkringstekniskt skall behandlas som en skada. Min mening är att det inte vore rimligt att tillsammans behandla flera skador som en skada blott av det skälet att de har *likadan* orsak. I detta avseende måste rimligtvis en avvägning göras mellan försäkringstagarens skyddsbehov<sup>22</sup> och försäkringsbolagets strävan efter att begränsa sitt ansvar.

#### **Platskriteriet för ansvarsförsäkring**

Platskriteriet är inte lika viktigt vad gäller ansvarsförsäkring som beträffande egenomsförsäkring. Praxis visar att flera skador vilka har uppstått under genomförande av en och samma arbetsinsats har behandlats som en skada exempelvis i fall när skadorna har inträffat på samma parkeringsplats, på samma farvatten, i samma byggnad/byggnadskomplex och i tio fastigheter inom samma tidningsrutt (oavsett att fastigheterna har olika ägare). Huvudsaken förefaller vara att skadorna har inträffat inom ett, på något sätt, avgränsat område och under utförandet av en och samma arbetsinsats (kriteriet samma tillfälle).

#### **Naturlighets-/rimlighetskriteriet för ansvarsförsäkring**

Även beträffande ansvarsförsäkring bör, enligt min åsikt, varje enskilt fall av flerskador lösas mot bakgrund av en bedömning av naturlighet och/eller rimlighet. Om jag har uppfattat Wilhelmsen korrekt kan det enligt henne spela mindre roll hur lång tid som förlöper mellan två skador eller hur stort det avgränsade område inom vilket skadorna inträffar är, så länge som det kan anses vara naturligt att behandla flera inträffade skador vilka har uppstått av samma orsak som en skada.<sup>23</sup> Jag är benägen att hålla med om detta. Så länge som ett och samma skadevållande förhållande ligger bakom flera skador måste de, om det kan anses naturligt och/eller rimligt, kunna behandlas som en skada. Praxis förefaller stödja min ståndpunkt enär *samma orsak* oftast synes ha varit den avgörande faktorn i ansvarsförsäkringsfall. Den grad till vilken övriga kriterier är uppfyllda påverkar självfallet en sådan naturlighetsbedömning. Med detta menar jag att det sällan torde vara naturligt att behandla flera skador som en skada när mycket lång tid (flera år) har förflutit mellan dessa.

### **Kriterier för en eller flera ansvarsskador – exempel**

Antag att en rörmokare när denne utför installationsarbete gör samma fel i 80 våtrum vilket leder till skada i samtliga 80 berörda lägenheter. Lägenheterna ligger i tre olika fastigheter vilka är belägna i två olika kvarter. Fastigheterna tillhör samma ägare. Installationsarbetena i samtliga lägenheter har utförts i enlighet med en beställning från fastighetsägaren. Försäkringsvillkoren stadgar att *en självrisk avdras för flera skador som har uppkommit av samma orsak vid samma tillfälle*. Till att börja med har, oavsett under hur lång tid arbetet utfördes, alla 80 skador *orsakats* under en och samma arbetsinsats. I den bemärkelsen måste alla skadorna anses vara hänförliga till en och samma skadehändelse och därmed till *samma tillfälle*. Skadorna har däremot inte nödvändigtvis *uppkommit* vid *samma tillfälle*. Samtliga skador har orsakats av rörmokarens felaktiga arbetsmetod och alla skadorna måste därför även anses ha samma orsak. I enlighet med den praxis som jag har studerat och mot bakgrund av en naturlighets-/rimlighetsbedömning är min mening den att, oavsett om skadorna anses ha uppkommit på olika platser och vid olika tillfällen, skadorna har uppkommit i ett sammanhang och att de försäkringstekniskt tillsammans skall behandlas som en skada. Detta exempel kan även appliceras på egendoms-skada. Att skadorna har uppkommit av samma orsak är klart. Vad gäller kriterierna tid och plats har tidigare antytts att dessa har större betydelse i fråga om egendomsförsäkring än i fråga om ansvarsförsäkring. Skadorna har som sagt inte nödvändigtvis uppkommit samtidigt, även om de kan anses ha orsakats samtidigt. Tidpunkten för varje skada är beroende av exempelvis hur ofta och mycket våtrummen används och det är möjligt att flera år har passerat mellan den första och den 80:e skadans inträffande. Sambandet i tid är således inte särskilt starkt. Detsamma gäller

platskriteriet. Vissa försäkringsbolag stadgar i sina villkor att en självrisk dras för varje fastighet. I villkor där så inte anges är det tänkbart att platskriteriet kan anses vara uppfyllt beträffande skador som har uppkommit i flera fastigheter i samma kvarter. Det är dock inte lika säkert att platskriteriet anses vara uppfyllt i fråga om skador i fastigheter vilka ligger i olika kvarter. Min bedömning är att i vart fall de skador vilka har ett någotsånär starkt samband i tid och som har inträffat i samma kvarter möjligtvis skall behandlas som en skada tillsammans. I övrigt måste skadorna behandlas separat, såtillvida en naturlighets-/rimlighetsbedömning inte leder till en annan slutsats.

### **Något om serieskadeklausuler i ansvarsförsäkring**

Nuförtiden förekommer serieskadeklausuler i de flesta svenska försäkringsvillkoren för ansvarsförsäkring. Dessa klausuler stadgar i princip hur flerskador, vilka har orsakats av samma eller liknande egenskaper hos en eller flera levererade produkter och för vilka försäkringstagarens ansvar görs gällande, skall behandlas försäkringstekniskt och begränsar försäkringsbolagens ansvar. I klausulerna återfinns inget tidskriterium, eftersom produktansvarsskador i serieförlopp typiskt sett ofta pågår under en lång tid. Har flera skador uppkommit på grund av levererad produkt har det inte ansetts spela någon roll om skadorna har inträffat vid exakt samma tidpunkt. Avgörande tycks vara vilket orsakssamband skadorna har samt huruvida det är naturligt och/eller rimligt att behandla skadorna som en eller flera skador. Har flera skador uppkommit på grund av levererade produkter måste dessa skador rimligtvis behandlas som en skada oavsett om produkten har levererats till köpare i olika städer, varför, av naturliga skäl, inte heller något platskriterium återfinns i serieskadeklausuler.

Det finns inga serieskadeklausuler i svens-

ka egendomsförsäkringar idag. Det kan ändå vara intressant att applicera i artikeln nämnda synsätt exempelvis på stormen Gudrun. De fällda träden och de insektsangrepp som träden hädanefter under flera år kan komma att drabbas av torde kunna vara att behandla som en (egendoms-) serieskada orsakad av ett och samma ansvarspådragande förhållande; stormen. Insektsangrepp är en logisk och kanske till viss del oundviklig, om än indirekt, följd av stormfällda träd. Insektsangrepp kan förvisso även drabba träd som ej har fällts, men när storm fäller träd måste detta anses öka risken för insektsangrepp markant (förutsebarhet). Jämför även med Causa Proxima; stormen torde kunna anses vara den dominerande orsaken till insektsangreppen. Till den del skadorna kan förhindras kan dock detta resonemang inte gälla.

### Några sammanfattande ord

Beroende på hur försäkringsbolagen utformar sina försäkringsvillkor kan valet av skadebegrepp i villkoren påverka omfattningen av försäkringsbolagens ansvar. Bortsett från eventuella begränsningar vad gäller antalet försäkringsbelopp per år, torde ett stadgande om att *en självrisk avdras vid varje skadetillfälle/-händelse* medföra att flera skador vilka alla har orsakats av samma skadehändelse försäkringstekniskt skall behandlas som en skada. Ett villkorsstadgande i stil med att *en självrisk avdras vid varje skada* torde i större grad föranleda en bedömning av de kriterier jag har behandlat i artikeln.

Flera egendomsskador vilka har ett starkt tids- eller platssamband och som i vart fall till viss del har en gemensam orsak (något orsakssamband), bör försäkringstekniskt tillsammans behandlas som en skada. Oavsett vilka sådana samband flera egendomsskador har och oavsett hur starka sambanden är, måste vid varje flerskadefall en helhetsbedömning göras av huruvida det är naturligt och/eller rimligt att

flera skador behandlas som en. Ett starkt samband i tid kan kompensera ett svagare samband i rum. Härvid bör hänsyn tas även till om en skadas inträffande har ökat risken för efterföljande skador. Viss hänsyn bör dessutom tas till om flera inträffade skador har gemensamma, bakomliggande förhållanden, såsom en gemensam plan eller avsikt. För skador vilka enligt en sådan här bedömning skall behandlas som en enda skada skall endast en självrisk avdras och försäkringstagaren kan för skadorna maximalt erhålla ett försäkringsbelopp.

Flera ansvarsskador bör, i den mån de har uppkommit under ett och samma (på något sätt sammanhängande) tillfälle och därtill av samma orsak, tillsammans behandlas som en skada. Så bör ske även om skadorna har uppkommit på skilda platser. Har skadorna uppstått under utförandet av en arbetsinsats, oavsett om denna utförs av en eller flera personer på uppdragstagarens/säljarens sida, får skadorna i enlighet med kriterierna naturlighet och rimlighet anses ha uppkommit vid samma tillfälle, oavsett under hur lång tid arbetet har pågått.<sup>24</sup> Har skadorna uppkommit på grund av en felaktig arbetsmetod, en felaktig arbetsorder, felaktigt konstruktionsmaterial eller dylikt, anses skadorna ha samma orsak.

### Noter

- <sup>1</sup> Observera att med försäkringsrätt i denna artikel avses försäkringsrätten i snäv mening, det vill säga exklusive skadeståndsrätten. Artikeln behandlar företagsförsäkring.
- <sup>2</sup> Försäkringstagaren levererade färg för användning på emballageplast. Färgen var defekt, varför logotypen på köparens förpackningar bleknade. Köparen blev tvungen att rea ut varorna eftersom kunderna trodde att förpackningarna var gamla. Villkorsnämnden ansåg att sakskada förelåg.
- <sup>3</sup> Försäkringstagaren levererade i flera omgångar färg för målning av fasaderna på ett antal hus. Den sista färgleveransen innehöll färg av en annan nyans än den beställda, vilket upptäcktes först efter målningsarbetet hade slutförts. Ar-

- betet fick göras om. Att färgnyansen var en annan än den beställda utgjorde enligt Villkorsnämnden inte sakskada.
- <sup>4</sup> Jfr med villkor för ansvarsförsäkring vilka stadgar att skador som har uppkommit *av samma orsak vid samma tillfälle* skall behandlas såsom en enda skada.
- <sup>5</sup> Jfr med den så kallade Claims made-principen.
- <sup>6</sup> Exemplet är hämtat ur John Hanson och Christopher Henley, *All Risks Property Insurance*, s 52 ff, Lloyd's Of London Press Ltd, 1995. Observera att jag här närmast åsyftar produktansvar.
- <sup>7</sup> Se avsnitt 2.2 i min magisteruppsats om orsaks- och inträffandeprinciperna med flera enligt vilka det avgörs vad som skall utlösa ansvar i enlighet med försäkring.
- <sup>8</sup> Jfr dock med situationer när en av försäkringen täckt händelse/skada samverkar med av försäkringen icke-täckta omständigheter och därigenom leder till ytterligare skada.
- <sup>9</sup> I vart fall gäller detta If, Zurich, Länsförsäkringar och Trygg-Hansa.
- <sup>10</sup> Se Wilhelmsen, *The distinction between one and more than one insured event*, s 45, Norsk Forsikringsjuridisk Forenings Publikasjoner, Nr 80, 2003.
- <sup>11</sup> Såväl svenska som utländska.
- <sup>12</sup> Observera dock att flera skadeorsaker kan samverka och tillsammans leda till skador.
- <sup>13</sup> Norsk villkorsnämnds praxis förefaller tyda på att om flera inträffade skador i sig är olika till art och omfattning, räcker det inte med endast ett svagt orsakssamband för att de tillsammans skall behandlas som en skada. Jfr FSN 2464.
- <sup>14</sup> Detta skall inte förväxlas med *samma orsak och samma tillfälle* i ansvarsförsäkring.
- <sup>15</sup> Skilj detta från fall när levererade produkter med samma defekt orsakar skador (serieskada).
- <sup>16</sup> Jfr Wilhelmsen, *Egenrisiko i skadeförsäkring*, s 127, Sjørettsfondet, 1989.
- <sup>17</sup> Se avsnitt 2.3 i min magisteruppsats.
- <sup>18</sup> Jfr även *Mann and Holt v. Lexington Ins. Co.*, [2001] 1 Lloyd's Rep. 1.
- <sup>19</sup> *Kuwait Airways Corp. v. Kuwait Ins. Co.*, (1996) 1 Lloyd's Rep. 664.
- <sup>20</sup> Möjligen kan, beträffande kriteriet avsikt, en jämförelse göras med ansvarsförsäkring och kriteriet tillfälle, vilket anses vara uppfyllt när skada har orsakats under utförandet av en och samma arbetsinsats.
- <sup>21</sup> Detsamma gäller beträffande ansvarsförsäkring. Jfr t.ex. SkVn 100/1977.
- <sup>22</sup> Behovet av fullgott skydd genom tecknad försäkring.
- <sup>23</sup> Jfr Wilhelmsen, *Egenrisiko i skadeförsäkring*, s 137.
- <sup>24</sup> Härmed inte sagt att arbetet kan pågå i all oändlighet.

## EIA-skandalen

av Lisbeth Strand



Lisbeth Strand  
lisbeth.strand@kredittilsynet.no

*EIA-saken slo ned som en bombe i forsikringsmarkedet i Norge i november 2005. Daglig leder i European Insurance Agency AS (EIA)<sup>1</sup> ble politianmeldt av selskapets styreleder, mistenkt for grove underslag. Få dager senere, 24. november, anmeldte Kredittilsynet i samarbeid med Økokrim EIA v/daglig leder til Asker og Bærum politidistrikt for salg av forsikringer uten reell dekning. Anmeldelse var nødvendig i det EIA ikke var under tilsyn.*

*Her gjengis i korte trekk fakta om EIA-saken. Hvordan kunne en aktør i markedet selge forsikringer for mange titalls millioner kroner uten reell dekning? Og hvordan kunne premieinntekter forvaltes etter forsikringsagents eget forgodtbefinnende, i hans eget navn, uten at det tidligere ble rettet mistanke til disse transaksjonene? I lys av EIA-saken drøftes hvordan en på en best mulig måte kan legge til rette for et velfungerende, nasjonalt og internasjonalt forsikringsmarked gjennom lovgivning, tilsyn og markedsdisiplin.*

### EIA – fram til høsten 2005

Fra tidlig i 2004 til november 2005 solgte det nyetablerte selskapet EIA brann-/kombinert forsikringer, yrkesskade-, motorvogn og eierskifteforsikringer til det norske markedet. Kundene til EIA var små og mellomstore bedrifter hvorav flere brukte forsikringsmegler i valg av forsikringsløsning. Også mange kommuner, med typisk noen hundre millioner kroner i bygningsverdier og behov for ansvars- og yrkesskadedekninger, hadde tillit til at deres uavhengige mellommann og EIA ville ivareta deres forsikringsbehov. EIA kun-

ne i følge egen markedsføring tilby høy servicegrad og nær kommunikasjon på oppfølging av eventuelle skader, og premienivået har vært forlokkende.

Selskapet fremsto i markedet som forsikringsagent for flere utenlandske forsikringsgivere. De opprinnelige forsikringsgiverne ble oppgitt å være European Reliance, General & Marine Ltd. og Lloyd's syndikatet KILN. Senere var det andre selskap som ble oppgitt

<sup>1</sup>Lisbeth Strand er siviløkonom med bakgrunn fra skadeforsikring. Hun er i dag seniorrådgiver i Kredittilsynet i Avdeling for finans- og forsikringstilsyn.

som forsikringsgivere i forsikringsavtalene, herunder de italienske selskapene Albatross Invest S.p.A. og Internazionale Spa, samt det Brunei-baserte Balgi Insurance Sdn Bhd. EIA opplyste å ha fullmakter til å inngå bindende avtaler på vegne av forsikringsselskapene, samt fullmakter til å disponere et skadefond.

EIAs inntekter var ca 33.5 mill. kroner i 2004. I det foreløpige regnskapet for 2005 utgjør inntektene ca kr. 63 mill. kroner, hvor hovedinntekten er forsikringspremier<sup>2</sup>. Det var forsikret verdier og ansvar for ca 20 milliarder kroner i selskapet.

Da selskapet ble begjært konkurs i begynnelsen av januar 2006, var det 14 ansatte som ble permittert fra jobben sin ved EIAs kontorer på Lysaker utenfor Oslo.

### **Forretningsvirksomhet**

Sent sommeren 2005 ble det vekket mistanke om at noe ikke var som det skulle med forretningsdriften på Lysaker. Det ble stilt spørsmål fra flere hold, og svarene var ikke tillitsvekkende. Daglig leder i EIA, EIAs styre, ansatte, andre aktører i forsikringsmarkedet og kunder, avdekket eller innrømmet forhold som har bidratt til at man i ettertid setter et stort spørsmålstegn ved hvordan det var mulig å drive forretningen i nærmere 2 år.

### **Risikobærere**

EIA startet sitt salg av forsikringer i 2004 med bistand fra kontakter i England for å finne forsikringsgivere i London. Et nettverk av mellommenn omfattet en nøkkelperson hvis tidligere meritter i forsikringsmarkedet hadde resultert i at han for noen år siden ble ekskludert på livstid av Lloyd's forsikringsmarked ("permanently suspended").

Overfor kundene i Norge ble det påstått at EIA hadde en type "rammeavtale" med vide fullmakter fra en risikobærer i Lloyd's. Risikobærere har i ettertid bekreftet enkelte av dek-

ningene som var inngått av EIA, men avkrefte at det noen gang var delegert slike vide fullmakter til EIA eller enkeltpersoner i EIA. Da det ble avdekket at forsikringsgiver ikke ville vedkjenne seg å være risikobærer på flere av deknningene som var tegnet av EIA, ble det gjennomført noen grep for å "flytte" deknninger. Fra og med april 2005 ble deknninger overført til, eller nye forsikringer solgt på vegne av, forsikringsgivere som Balgi Insurance SDN BHD (Balgi) i Brunei, Albatross Invest og Internazionale Spa i Italia. Det er senere avdekket at de to italienske selskapene ikke har hatt konsesjon til å drive forsikringsvirksomhet verken i Italia eller i andre EØS-land. Balgi har derimot i ettertid bekreftet realiteten i flere forsikringsavtaler som er formidlet via EIA. Selskapets økonomiske stilling og betalingsvillighet er ikke kjent for norske myndigheter.

Kundene, det være seg en norsk kommune eller en mellomstor industribedrift, ble ikke informert om at de ikke lenger var forsikret i et navngitt selskap i England, men i et av nevnte selskaper i Brunei eller Italia. EIA har opptrådt klart rettsstridig ved at det uten kunders samtykke har endret forsikringskundes motpart i deres forsikringsavtale.

### **Investeringer**

Det fremgår av innberetning fra bostyret at daglig leder i EIA hevdet å ha fullmakter til å disponere et skadefond på vegne av forsikringsgiverne. Av den premien som ble innbetalt av kundene, skulle EIA beholde 30 % for å kunne foreta skadeutbetalinger etter hvert som disse påløp. Med forsikringsgivere i England, Italia og Brunei, var dette tilsynelatende en god ordning for kundene. Forsikringsgiverne hadde angivelig ikke gitt rammer eller retningslinjer for hvordan EIA skulle forvalte skadefondet. Daglig leder har hevdet å selv ha fått fullmakt til å investere midlene slik han måtte finne det hensiktsmessig. En av de større investeringene var Tørvis hotell i Mari-



fjóra i Luster ved Sognefjorden. Å investere store deler av midlene i skadefondet i et hotell, for hvilket man har *langsiktige* planer om totalrenovering, virker svært risikofylt. Høsten 2005 skal fondet ha utgjort ca 30 mill. kroner. Prislappen for det fælleferdige hotellet var 3,5 millioner kroner. I tillegg ble det brukt 3,6 millioner kroner på oppussing før konkurseråpningen av EIA. Med andre kostnader på 1 million kroner, er det til sammen brukt drøyt 8,1 mill. kroner på hotellet. Daglig leder i EIA framsto, sammen med sin kone, som kjøper og eier av Tørvis hotell.

Etter flere forsøk på å finne en kjøper, har boet til EIA nå solgt hotellet for kr. 300.000. Ikke bare viste dette seg å være en feilslått investering (den rakk dog ikke å bli annet enn kortsiktig), men det er selvfølgelig meget alvorlig at daglig leder brukte midler fra skadefondet til å kjøpe dette hotellet i sitt eget navn.

EIAs daglige leder tilegnet seg også aksjer i andre selskap i eget navn med midler fra skadefondet. Dette gjaldt blant annet aksjer i renoveringsselskapene All Teknisk Renovering AS og Arepa Norge AS og i skoproduzenten Per Dahl Eftf.

Blant andre utlegg fra EIA som enten ikke er dokumentert eller på annen måte må anses å være tvilsomme, er utbetalinger til Hotell Carlton AS på drøyt 1 million kroner, lån til og dekning av kostnader for All Teknisk Renovering AS på 2,6 millioner kroner og overføringer til energiselskapet REC AS og dets tidligere eiere på nærmere 1,7 millioner kroner. Selskapene som nøt godt av denne sjenerøsiteten, har alle hatt økonomiske vanskeligheter, og bare brøkdelen av det som er lånt ut er tilbakeført til boet til EIA.

Det er også avdekket at midler ble trukket ut av EIA for å dekke daglig leders private kostnader.

## Konsekvenser

---

Tilliten til deknings tegnet gjennom EIA var alvorlig svekket etter avsløringene om mangelfulle eller falske deknings i november 2005. Uvissheten hos kundene medførte kostnader knyttet til tapte inntekter som følge av avbrudd i virksomhet. For eksempel stoppet Ofofbanen all trafikk inntil det var tegnet avtale med ny forsikringsgiver. Videre er det alvorlig for forsikringstakere som har hatt skadetilfeller, og som risikerer å ikke få dekket sine tap verken fra forsikringsselskap, boet til EIA eller fra skadeforsikringsselskapenes garantiordning<sup>3</sup>. Kundene ble også belastet med kostnader for inngåelse av nye forsikringsdekninger og innbetaling av nye forsikringspremier. I tillegg kommer alle indirekte kostnader knyttet til uvisshet og merarbeid hos kunden. Det er for øvrig et paradoks at man som kunde skal havne i en slik situasjon, når utgangspunktet for å inngå en forsikringsavtale var å kjøpe seg fri fra risiko knyttet til uønskede hendelser.

Kan det også være en pris å betale for forsikringsmarkedet i Norge generelt, som følge av EIA-skandalen? Hendelser som EIA-saken kan ha bidratt til å svekke tilliten til forsikringsnæringen generelt, og små, nye eller utenlandske aktører i forsikringsmarkedet spesielt. Kredittilsynet har erfart en økt pågang fra publikum med spørsmål om å verifisere seriøse aktører i forsikringsmarkedet. Kundenes skepsis til små, nye og utenlandske aktører vil kunne ha hevet terskelen for å klare å etablere seg i markedet, og derigjennom vil konkurransen i markedet bli redusert.

## Hvordan kunne det gå så galt?

---

Aksjeloven stiller krav til styret, til daglig leder og til revisor. Det er krav til forvaltning og tilsyn, til styrerapportering og saksbehandling, og det er presisering om inhabilitet. Re-

levant i denne saken er også forsikringsvirksomhetsloven (nå: forsikringsloven), som beskriver hvem som kan tegne forsikring i Norge. I tillegg til eksplisitte lovkrav, har vi et forsikringsmarked i Norge som er lite og relativt gjennomskiktig. Hvordan kunne det være mulig for EIA å drive forretning på grunnlag av forsikringsgivere som ikke var reelle? Hvordan kunne selskapets daglig leder disponere store summer av selskapets midler etter eget forgodtbefinnende? Og i eget navn? Dette kan skyldes en rekke faktorer:

- Styret har hatt tillit til EIAs ledelse. I tillegg kan det ha vært interessekonflikter som har dempet motivasjonen for å stille de ubehagelige spørsmålene.
- Lloyd's representant i Norge har hatt tillit til EIA.
- Ansatte har hatt tillit til sin ledelse.
- EIAs revisor mistet sin tillatelse til å utøve revisjon sommeren 2005 på bakgrunn av andre forhold enn EIA. Revisors innsats i revisjon av EIA kan ha vært preget av dette.
- Nettverket av mellommenn, og transaksjoner på kryss og tvers av landegrenser, har kunnet gjøre styrets forvaltning og tilsyn med foretakets disposisjoner og transaksjoner mer komplisert.
- Forfalskning av papirer kan ha bidratt til å styrke tilliten.

Bruk av profesjonelle og uavhengige mellommenn burde innebære at kunden er sikret en forsikringsavtale med en seriøs aktør. Imidlertid viser det seg at forsikringsmeglerforetakene har hatt stor tillit til EIA. Det er eksempler på at de har forholdt seg kun til muntlige bekreftelser om at EIA hadde vide fullmakter fra forsikringsgivere verden over.

## Forebyggende tiltak

---

Et velfungerende marked for forsikring er avhengig av forbrukernes tillit til næringen. Det kan legges til rette for effektive markeder og slik tillit gjennom 1) et godt regelverk, 2) formalisert oppfølging og kontroll med at regelverket følges, og ikke minst, 3) tiltak som fremmer markedsdisiplin.

### Regelverk

Innenfor EU/EØS har vi et omfattende regelverk, både knyttet til soliditet og markedsadferd, for forsikringsselskaper. Også forsikringsmeglere i Norge har vært underlagt eksplisitt regelverk og tilsyn i mange år. Basert på EUs forsikringsformidlingsdirektiv trådte en ny lov om forsikringsformidling i kraft 1.1.2006. Loven regulerer markedsadferd (ikke soliditet i foretakene), erstatter det tidligere regelverket for forsikringsmeglere, og omfatter også forsikringsagenter.

Nytt i loven er at det stilles krav til at en norsk forsikringsagent skal være registrert, enten hos det forsikringsselskapet det har fullmakter fra, eller hos Kredittilsynet dersom fullmaktene er gitt av et forsikringsselskap i utlandet. Loven stiller krav til forsikringsagentens egnethet og kvalifikasjoner, og dette skal prøves før agentvirksomheten blir registrert.

Regelverket presiserer at forsikringsselskapet gir forsikringsagentforetaket fullmakt til å formidle forsikringsselskapets produkter når det registrerer agentforetaket i sitt register, samt at forsikringsagenten handler fullt og helt på forsikringsselskapets ansvar for de produktene som formidles.

På Kredittilsynets nettsted ([www.kredittilsynet.no](http://www.kredittilsynet.no)), vil både Kredittilsynets agentregistre og de norske forsikringsselskaperes agentregistre være tilgjengelige.

### Tilsyn

I tillegg til et omfattende EU/EØS- og nasjonalt regelverk, har alle land i EØS-området et forsikringstilsyn<sup>4</sup>. Tilsynet skal se til at regelverket blir fulgt. Det skal også tilstrebe å identifisere vesentlige risikoområder/foretak som kan true finansiell stabilitet eller tilliten til finans- og forsikringsmarkedet. Forsikringsagenter, som EIA, kom først under tilsyn ved ny lov om forsikringsformidling 1.1.2006. Med utgangspunkt i kredittilsynsloven og den nye loven utøves tilsyn med forsikringsformidlere gjennom både dokumentbasert tilsyn (innrapportering og analyse) og stedlig tilsyn. Kredittilsynet vil i lys av den nye loven revidere metoden for tilsyn med forsikringsformidlere. Arbeidet forventes å være ferdig innen årsskiftet.

Eksempler som EIA-saken viser at det er helt nødvendig med utstrakt samarbeid med tilsynsmyndigheter i andre land for å få avdekket regelverksbrudd knyttet til markedsadferd. Forsikringstilsynsmyndigheter i EU/EØS-landene har et multilateralt samarbeid om tilsyn med forsikringsområdet som er forankret i Siena Protocol<sup>5</sup>. Tilsynsmyndigheten har i tillegg signert en egen protokoll (Luxembourg Protocol) i sommer som gjelder samarbeid i EU/EØS om tilsyn med forsikringsformidling spesielt.

I sin ytterste konsekvens kan tilsyn medføre at Kredittilsynet trekker en tillatelse til å drive som forsikringsmegler, eller sletter (eller krever sletting av) registrering av forsikringsagenter.

### Markedsdisiplin

Det å gjøre informasjon om markedsaktører bedre tilgjengelig for forbrukere og andre interessenter, antas å bidra til at markedet i større grad vil være selvregulerende. Med nye krav til registrering av forsikringsagenter, vil både forbrukere, forsikringsmeglere og konkurrenter, kunne få verifisert at agenten tilfredsstillende egnethets- og kvalifikasjonskrav.

En må anta at forsikringsmeglingsnæringen ved utøvelse av god meglerskikk selv bidrar til at et marked med kompliserte produkter fungerer mer effektivt, gjennom større forståelse og informasjonssymmetri mellom leverandør og kunde.

I tillegg til regelverk og tilsyn fra offentlig myndighet, kan næringen selv ta initiativ for å fremme god adferd og sikre tillit til bransjen. Dette er for eksempel gjort av forsikringsmeglingsnæringen i Norge gjennom at deres bransjeorganisasjon, Norske Forsikringsmeglernes Forening, har utarbeidet etiske regler<sup>6</sup>. I faste møter med Kredittilsynet gis det også en gjensidig mulighet til å forstå risikoområder og særlige utfordringer.

### Konklusjon

EIA-saken slo ned som en bombe i forsikringsmarkedet i Norge i november 2005. Ingen kunne tro at det var mulig å selge forsikringer av et slikt omfang til norsk næringsliv uten at det var reelle risikobærere. Alvoret i saken ble ytterligere understreket da omfanget av daglig leders private disponeringer av EIAs midler kom fram. Kompleksitet i selskapsstrukturer og transaksjoner i innland og utland har utfordret etterforskningen.

EU/EØS-landene bestreber seg på å ha et åpent og velfungerende forsikringsmarked. Et marked som er åpent for seriøse aktører, men hvor aktører med uhederlige hensikter ikke finner spillerom. Både den nye loven for forsikringsformidlere og det formaliserte samarbeidet mellom tilsynsmyndighetene skal understøtte et slikt velfungerende marked på tvers av landegrensene i Europa. Det skal fremme større åpenhet, og mulighet til å få verifisert at aktørene i markedet er seriøse. EIA-saken bekrefter nødvendigheten av faktisk kunnskap i et forsikringsmarked med komplekse produkter og intens konkurranse. Avtaler som inngås og transaksjoner som

gjennomføres skal være tuftet på faktisk kunnskap. Ikke tillit.

Lovgiver og tilsynsmyndigheter søker å legge til rette for et velfungerende marked på tvers av landegrenser gjennom utvikling og harmonisering av regelverk, harmonisering av tilsynspraksis og utstrakt samarbeid mellom tilsynsmyndighetene i ulike land. Dette skal redusere muligheter for regelverks- og tilsynsarbitrasje. Videre må det være i næringens egen interesse å avdekke om markedsaktører utøver adferd som kan svekke tilliten til næringen. Tilsynet og markedsaktørene, det være seg forsikringsselskapene, forsikringsmeglerne eller forsikringsagentene, må kunne stille ubehagelige spørsmål og oppsøke informasjon. En slik felles tilnærming vil kunne avdekke useriøse aktører.

Per august 2006 foreligger ennå ikke tiltale eller dom i EIA-saken. Saken er under etterforskning av Asker og Bærum politikammer. En eventuell dom vil ikke bare plassere skyld og ansvar, men kunne ha en preventiv effekt på markedet.

*Artikkelens innhold er alene forfatterens ansvar.*

### Noter

- <sup>1</sup> Informasjon om EIA er i all hovedsak informasjon som tidligere er gjort offentlig tilgjengelig, blant annet gjennom innberetninger til Asker og Bærum Tingrett av EIAs bostyrer advokat Andreas S. Christensen, og brev og pressemeldinger publisert på Kredittilsynets nettsted, [www.kredittilsynet.no](http://www.kredittilsynet.no).
- <sup>2</sup> Den nye loven om forsikringsformidling presiserer at klientmidler både hos forsikringsmeglere og forsikringsagenter skal plasseres på egne klientbankkonti. Midlene skal således holdes utenfor agentforetakets regnskap, og ikke inngå som inntekter i foretakets egne regnskaper.
- <sup>3</sup> Garantiordningen dekker sikrede i norske forsikringsselskaper og i norske filialer av utenlandske selskaper, forutsatt at forsikringsavtalen er inngått i Norge. EIAs kunder er således ikke beskyttet av garantiordningen.
- <sup>4</sup> I Norge er det Kredittilsynet som fører tilsyn med banker, forsikringsselskaper, forsikringsformidlere, verdipapirforetak, verdipapirmarkedet, m.fl.
- <sup>5</sup> [www.ceiops.org](http://www.ceiops.org)
- <sup>6</sup> Se [www.forsikringsmeglerne.no](http://www.forsikringsmeglerne.no)

## Forsikringsmeglerens rettslige stilling

av Sverre Steen Dønvold



Sverre Steen Dønvold  
Sverre.Steen-Donvold  
@marsh.com

*Forsikringskadenemndas uttalelse FSN 5951 er en interessant avgjørelse om rollefordelingen mellom forsikringsmegler og forsikrings-selskap.*

*I uttalelsen identifiseres forsikrings-selskap og forsikringsmegler med den følge at forsikrings-selskapet må utbetale forsikringsbeløpet på grunn av en feil foretatt hos forsikringsmegler. Uttalelsen omhandler også tolkning av varighetskravet i forsikringsvilkårene i lys av de nye reglene i Folketrygdloven om tidsbegrenset uførestønad. Jeg kommer her ikke nærmere inn på den sistnevnte problemstillingen.*

Saken gjaldt en forsikret person som ble ervervsufør etter påført personskade. Forsikrede fikk etter hvert innvilget 100% tidsbegrenset uførestønad fra folketrygden.

Gjennom arbeidsgiver var forsikrede omfattet av en sykdomsforsikring med dekning for ervervsuførhet. Forsikringsvilkårene oppstilte blant annet betingelser om at ervervsuførheten var varig, samt at forsikrede tilkjennes varig uførepensjon fra folketrygden.

Forsikrings-selskapet stilte forsikredes krav om utbetaling i bero idet hun ikke ble ansett varig ervervsufør. Det oppstod tvist om forsikringstilfellet, og saken ble klaget inn for Forsikringskadenemnda. Spørsmålet nemnda skulle ta stilling til var hvorvidt det var inntruffet et forsikringstilfelle ved folketrygdens vedtak om tidsbegrenset uførestønad.

I forbindelse med nemndbehandlingen fremla forsikrede en forsikringsbrosjyre. Brosjyren var utarbeidet av forsikringsmegleren til forsikredes arbeidsgiver. Av brosjyren fremgikk det at forsikringsutbetaling foretas etter to års sammenhengende uførhet. I brosjyren opplyses det at forsikringen var dekket i det aktuelle forsikrings-selskap.

Forsikrings-selskapet mente å ikke være forpliktet av informasjon gitt fra forsikrings-megler til forsikringstaker. Forsikringskadenemnda var ikke enig i det. Flertallet viste til at det må kunne forventes at forsikrings-selskapet kontrollerer den informasjon forsik-

---

*Sverre Steen Dønvold er advokat i forsikringsmeglingsforetaket Marsh Norway AS.*

ringsmegleren gir kunden om forsikringsdekningen. Hvis dette ikke gjøres, må forsikringsselskapet, i følge nemndas flertall, ha risikoen for feil i informasjonsmateriellet.

Nemndas flertall viser videre til Retstidende (Rt.) 1997, s. 1807 – Cignadommen – der det fremgår at forsikringsselskapet må ha risikoen for at informasjon om begrensninger i deknningen ikke kommer frem til forsikrede i tilfeller hvor standardiserte forsikringsprodukter markedsføres og selges gjennom meglere.

Nemndas flertall så det videre slik at den nevnte brosjyre må gå foran forsikringsvilkårene ved vurderingen av hvilken dekning forsikrede har krav på. De mente at en kortfattet brosjyre er en mer nærliggende informasjonskilde for kunden enn mer omfattende forsikringsvilkår.

Forsikringsselskapet viste til andre brosjyrer som var utarbeidet i samarbeid med forsikringstakeren i anledning forsikringsdekningen. Her fremgår det at forsikringen dekket varig ervervsuførhet. Nemndas flertall fant det vanskelig å tillegge disse brosjyrene større vekt enn den tidligere nevnte, som også var fremlagt av forsikrede, og derfor måtte være mottatt av vedkommende.

En representant fra forsikringsselskapene og en fra Finansnæringens Hovedorganisasjon delte ikke flertallets synspunkt, og påpekte at den omtalte brosjyren hadde følgende presisering: *"[..]Ovenstående er ment som en kort oversikt over den enkelte dekning og ikke en fullverdig erstatning for forsikringsavtalens innhold og regler.[..]"*.

Avgjørelsen er fulgt av forsikringsselskapet. I denne sammenheng synes det som om nemndas uttalelser om forståelsen av varighetskriteriet i forsikringsvilkårene har hatt stor betydning.

### **Identifikasjon mellom forsikringsmegler og forsikringsselskap**

I Forsikringsavtalelovens kapittel 9 og 19 om kollektive forsikringer finnes det regler om identifikasjon mellom forsikringstaker og forsikringsselskap. Bakgrunnen for dette er at forsikringstakeren opptrer på vegne av forsikringsselskapet når han deltar i administrasjonen av en kollektiv forsikringsordning.

Et forsikringsselskap er videre ansvarlig for og identifiseres med eget distribusjonsapparat ved formidling av forsikringer. Det samme må gjelde når forsikringsselskapet ved avtaler tilknytter seg et distribusjonsapparat utenfor forsikringsselskapet.

Forsikringsmegleren er imidlertid ikke en del av forsikringsselskapets distribusjonsapparat. Det klare utgangspunktet er at forsikringsmegleren er en uavhengig mellommann som rådgir og formidler forsikringer på vegne av sin kunde uten å være avtalemessig forpliktet til å benytte noe forsikringsselskap, se Forsikringsformidlingslovens § 1-2 nr. 2.

Forsikringsformidlingsloven trådte i kraft 1. januar 2006. Loven medfører ikke noen endring av tidligere rettstilstand for så vidt gjelder forsikringsmeglers rolle som uavhengig mellommann og representant for kunden.

Når Forsikringsskadenemnda mener det må kunne forventes at forsikringsselskapet kontrollerer informasjon fra forsikringsmegler til kunden, og er ansvarlig for den informasjonen forsikringsmegleren gir, er det i strid med utgangspunktet om megleren som uavhengig mellommann. At forsikringsselskapet er ansvarlig for informasjon gitt i egne distribusjonskanaler som agenter og akkvisitører mv., er en annen sak. I disse tilfellene er formidleren avtaleforpliktet til å tilby forsikringsprodukter for og på vegne av forsikringsselskapet.

I Cignadommen markedsførte og solgte forsikringsselskapet forsikringer gjennom finansinstitusjoner og finansmeglere. Av dommen fremgår det at gjeldsforsikringen ble

markedsført og solgt med grunnlag i en samarbeidsavtale med forsikringsselskapet. Det er dermed nærliggende å anse virksomhetene som formidlet forsikringene for å være agenter for forsikringsselskapet. Forsikringsselskapet må således være erstatningsansvarlig for utførte feil og forsømmelser i samme grad som de vil være det ved bruk av eget distribusjonsapparat.

Når begrepet megler benyttes i dommen, er det ikke forsikringsmegler, men andre forsikringsformidlere som omtales. At flertallet i forsikringsskadenemnda benytter denne dommen til å begrunne sitt standpunkt, må bero på en misforståelse av forsikringsmeglerens rolle som uavhengig mellommann. I forsikringsmeglingsinstituttet ligger det som et klart utgangspunkt at det ikke må være noen avtalemessige bindinger med et forsikringsselskap

som kan rukke ved kravet til uavhengighet fra forsikringsselskapene. En avtale om markedsføring og salg av et forsikringsselskaps forsikringer vil være klart i strid med uavhengighetskravet og samtidig medføre et brudd med god meglerskikk.

Cignadommen rokker ikke ved forsikringsmeglernes rolle som mellommann. Dersom det ikke finnes noen avtalemessige forbindelser mellom forsikringsselskap og forsikringsmegler om formidling av forsikringer, vil forsikringsselskapet ikke kunne identifiseres med forsikringsmegler og gjøres ansvarlig for dennes feil eller forsømmelser. Det finnes dermed heller ikke grunnlag for å hevde at det må kunne forventes at forsikringsselskapet kontrollerer den informasjon som forsikringsgiver gir sin kunde om forsikringsdekningen.

# How Large Will the National Pension Be?

## (the short version)

by Ole Settergren



Ole Settergren  
ole.settergren@  
forsakringskassan.se

*This article summarizes results of different methods of projecting the average replacement level in Sweden's national pension system. The results of the estimates are compared with the pension levels indicated in the Annual Report of the Pension System. The conclusion is that the projected pension level is heavily dependent on the method of calculation used. It is also shown that the lower pensions expected in the new system are explainable largely by the increase in average life span forecast by Statistics Sweden, as well as by the fact that the tax reduction for the individual pension contribution has increased the income with which pensions are compared. The reduction in pension levels due to the increase in average life span could be avoided if the retirement age were raised by 3-4 weeks for each annual birth cohort.*

### I. Introduction

In each year's Annual Report of the Swedish Pension System *Försäkringskassan*, the Swedish Social Insurance Agency, presents an estimate of what is referred to there as the pension level in the national pension system. The report also indicates that if the retirement age is postponed by roughly two thirds of the increase in life span assumed in the calculations, the pension level will stabilize at around 60 percent.<sup>1</sup>

The method of calculating the pension level, as well as the view that its declining tendency is due primarily to the increase in life span while retirement age is assumed fixed at 65, have both been challenged. Flood [1] presents calculations showing that the average *compensation rate* for the national pension system will be 46 percent of the average income at

ages 60-64 for individuals born in 1950 with incomes in an intermediate interval, i. e. in the 25<sup>th</sup>-75<sup>th</sup> percentile. The *pension level* shown in the annual report for this birth cohort is 63 percent. In a report commissioned by Länsförsäkringar Göran Normann calculates the national pension for several typical cases in birth cohort 1957. Normann's calculations show that *compensation rates* in the national pension system are around 40 percent of final income for normal wage earners. According to the calculations in the annual report, the average *pension level* for the national pension is 58 percent for individuals born in 1957.

---

*Ole Settergren* is Head of department of pension at the Swedish Social Insurance Agency (*Försäkringskassan*).

This article is a highly abridged version of a longer article that can be read at <http://www.sff.a.se/?avd=forlag&sida=pension.lasso>



Table 1 Compensation Rates in Different Reports  
Average pension at age 65, calculated by different methods, in percent of incomes variously defined

Birth Cohort	Report					
	Cichon <sup>2</sup>	Norman	EU	Scherman	Flood	Annual Report 05
1940	Toward a compensation rate of 30	40	53.0	Substantially lower pensions than in the annual report	54	68
1945			49.6		67	
1950			63			
1955			59			
1960			42.6		44	58
1965			-		57	
1970			-		56	
1975			54			
1980			54			
1985			40.4		54	
1990			53			

Sweden's National Strategy Report to the EU notes that the compensation rate in the national pension system is 53 percent for persons born in 1940, and 50, 43 and 40 percent, respectively, of final earnings for birth cohorts 1945, 1965 and 1985. Scherman [1, 2, 3] provides calculations for different types of individuals and arrives at similar compensation rates. Table 1 summarizes certain results from the reports.

The methods use different distributions of lifetime income, as well as different definitions of the income with which the estimated pension is compared, to obtain a measure of the proportion of income replaced by the pension insurance system. Moreover, there are differences among the samples of individuals for whom the calculations are performed. In addition to these differences, there are somewhat varied assumptions about the future development of the return on premium pension capital and the question whether balancing will affect the pension level.<sup>3</sup> Finally, there are both minor and major differences in the way that the rules of the pension system itself are reflected in the respective analyses.<sup>4</sup>

The choice of the most correct – or least incorrect – projection of the average pension level is thus largely a determination of which

method is best. As an aid in such a determination, some of the various principles used in the reports are briefly described here. Thereafter, a couple of these principles are used to calculate the compensation rate in the national pension system, and the results are compared with the pension levels reported in the annual report 2005.

## 2. Some Choices of Method – a Summary

Lifetime income, and the size of income at various ages, can be described in various ways. For retired individuals actual income can be used. To describe how incomes will develop in the future, the calculation can be based either on fully fictitious incomes, in so-called typical cases, for example, or on the actual incomes registered for a selection of individuals, with the addition of fictitious incomes for the years remaining until retirement. In Table 1, these two main alternatives for the development of income are given the respective designations of *fully fictitious* and *actual + fictitious*. Moreover, there are two main alternatives within each of these methods. In one case, it is assumed that the income for all ages represented in the labor force

Table 2. Income Profiles and Comparison Incomes in Different Reports

Comparison Income	Income Profile			
	Fully Fictitious		Actual + Fictitious	
	Straight-Line	Concave	Actual + Straight-Line	Actual + Concave
The insured's income in the final year (age 64)	EU Scherman OECD *	*	Normann *	
The insured's average income (ages 60-64)	*	*	*	Flood [1]
Current average, (16-64)	*	*	*	Annual Report

\* Method used for calculations in this article.

increases at the same rate as incomes in general up to the time of retirement, a so-called *straight-line* income profile. In the other case, a decreasing, or *concave*, income profile is assumed. The straight-line profile implies that the development of incomes up to retirement is assumed to be the same for all persons each year. If a concave income profile is assumed, the development of incomes up to retirement will be age-specific for each year until retirement; this will mean that incomes either increase only slightly in the final years, or even decrease in the years immediately before retirement.

The fully fictitious and straight-line income profile is easy to describe and understand. Therefore, it is often used in calculations of the size of pensions in various types of pension systems. One of the measures of the size of pensions presented in the National Strategy Report on Reasonable and Sustainable Pensions is calculated according to this principle, which has been jointly adopted by the EU member countries.

One problem with a straight-line income profile is that it is so unlike a typical income pattern and results in higher final-year income than what is, and has been, the case in Sweden at least. If average final earning is overestimated, relative to some "true figure", the average compensation rate of the pension

system will be underestimated.

A more realistic but still fully fictitious income profile would be to assume the in Sweden since long observed concave income profile when making an assumption on the average individual's life earnings. In Sweden yearly average earnings increase more rapidly in ages 16 to around 30, inline with the average earnings from 30 to about 57 and slower than the average from 57 to 65.

An alternative to the fictitious income profiles is to use the information on each insured individual's actual pension credit earned, and to limit the assumptions on incomes to the years remaining until the individual's concerned reach retirement age. If the assumed future development of income for each person is set to coincide with the general development of incomes, the result is a calculation like the one in Table 2, which is designated *actual + straight-line*. In such a calculation, the initial value of pension credit is the same as in the calculation of the pension level in the annual report. However, in the annual report the development of income for the years remaining until retirement is *concave*.

### 2.1 Comparison income

Which income is appropriate for comparison with pensions in order to provide a measure of their size? The answer depends on the income

profile used in the calculation. Where the income profile is straight-line, it is natural to compare the size of the pension with the individual's income in the year before retirement. But since the average income for all birth cohorts is the same in the case of a purely straight-line income profile, the same results are obtained if the pension is instead divided by the average income for all economically active persons. With a straight-line income profile, there will be no significant problems in choosing an appropriate income for comparison.

Among the assumptions in the National Strategy Report are a straight-line income profile for ages 25-64 and real growth in incomes of 1.8 percent per year. Under these assumptions, income at age 64 will be 140 percent of the individual's lifetime average annual income.

If a concave income profile is used in the calculation, the question which income to compare with is more difficult. If the compensation rate is calculated by comparing the pension with final-year earnings, the calculation may yield a compensation rate that is considered misleadingly high. One reason why incomes decrease beginning around age 57 is that work hours tend to be reduced at these ages, a step that may be regarded as preparation for the transition to retirement. It may then be wrong, or at least questionable, for such a change in behavior to be fully reflected in the compensation rate. One more or less satisfactory way to deal with the problem is to compare the pension with the average income for several years before retirement. It is quite common, for example, to choose the average income for ages 60-64, as in the procedure used in Flood [1].

In the annual report, the question of the income for comparison with pensions at age 65 is managed differently. In the annual report the pension is compared with the average income for all persons in the calculation aged

16-64, provided that the individuals at the time of retirement meet the requirement of 30 years' income of at least one income-related base amount that applies for the calculations in annual report.<sup>5</sup> One reason to compare pensions with this income is that doing so reduces the sensitivity of the pension level to assumptions about the shape of the income profile. Furthermore, the comparison income thus defined is insensitive to variations in the general growth of incomes, which is not the case with a comparison income determined as each insured's own income at ages 60-64. The comparison income used in the annual report, by contrast, has the obvious shortcoming that the pension level calculated provides basically no information about the change in income that can be expected with the transition to retirement. In the annual report, therefore, the concept of the pension level is used as an indication that compensation rates are not what is described.

Although in principle the *pension level* measured in the annual report provides no information about the change in income with the transition to retirement, it may nonetheless yield such information as a practical matter. The reason is that the average pension-qualifying income of persons aged 16-64 is close to that for persons aged 60-64. This means that if the compensation rate is calculated as the average pension for all new retirees divided by their average incomes when they were 60-64 years old, the result is an average compensation rate that is largely the same (slightly higher with current income patterns) as the pension levels shown in the annual report. It makes no significant difference for the result which definition of comparison income is used. Thus, the pension level calculated in the annual report coincides closely with the compensation rate that would have resulted if the average income of each individual at ages 60-64 had been used as the comparison income.

### 3. Compensation Rates

In this section follows an abridged description of how compensation rates according to different methods can be calculated.

#### 3.1 Fully Fictitious Straight-Line Income Profile

If a straight-line income profile is assumed it is very easy to calculate the compensation rate in the Swedish pension system. As the "interest" in the *inkomstpension* system is the same as the average rate of growth in income, the average compensation rate for the *inkomstpension* is unaffected by the growth rate. The replacement rate from the so-called *inkomstpension* is calculated by multiplying the contribution rate, 0.16, by number of years worked, here 40. This figure is subsequently multiplied by the effect that survivors bonus have, estimated at 1.06 and by the negative effect that administrative costs have on the size of the notional capital, here estimated at 0.99. This results in a notional pension capital of 6.72 final years earnings. How large yearly pension this notional pension capital will result in depends on the estimated life expectancy of the birth cohort, as this is reflected by the annuity divisor. The projected annuity divisor for birth cohort born in 1955 at age 65 is 16.76. Thus the *inkomstpension* is 0.40 (6.72 / 16.76) of final-year earnings, a compensation rate of 40 percent.

The public earnings-related pension also consists of the fully funded *premium pension*. Its size is almost as easy to estimate. The contribution rate is multiplied by the assumed number of years worked, and with the assumed excess return on capital relative to income growth, and with the effect that survivor bonuses and administrative costs are expected to have. In the baseline scenario in the annual report the excess return is assumed to be 1.45 percentage units and the assumed capital-weighted number of years premium

pension earns a return is 21. Thus the size of the premium pension capital before retirement can be estimated to be 1.42 final years' earnings. The annuity divisor of the premium pension is a little bit differently calculated and for birth cohort born in 1955 it is projected to be 15.88, resulting in a premium pension 0.09 final years' earnings, a compensation rate of 9 percent.

However, a troublesome effect arises from the tax reduction for the individual pension contribution that has been phased in gradually and is in full effect as from 2006. This tax reduction has increased the relevant comparison income 7 percent, reducing the compensation rate to 0.46 times final-year earnings (0.49 / 1.07).

In Tables 3 and 4 the estimated compensation rate with a fully fictitious straight-line income profile for birth cohort 1955 is only 44 percent. The difference is explained by the fact that in Tables 3 and 4 the assumed excess return on the premium pension has had less impact than the 40 years assumed in the simple standard calculation. Since the premium pension only came into effect in 1995, and then only partially, persons born in 1955 will not have a fully developed premium pension.

#### 3.2 Fully fictitious Concave Income Profile

Estimating the compensation rate with a *fully fictitious concave income profile* requires an assumption on the size of the income at every age pensionable income can be earned. Traditionally in Sweden this has meant from age 16 to 64, since a couple of years there is no lower nor upper age limit. In the calculations made for Tables 3 and 4 the size of the income at each age used has been the one observed in 2003. Notional and premium pension capital at age 64 has been estimated by using this income for each age. For birth cohort born in 1955 this income profile produces combined *pension level* of 54 percent of the average

pensionable income for all persons aged 16-64.

One reason for the higher replacement rate is that the income profile estimated from the pensionable incomes in 2003 implies that 6 percent of all income was earned by persons younger than 25 years. In terms of the straight line profile this amounts roughly to assuming that earnings begin at age 23 rather than at age 25. Generating 42 years of income rather than 40. The excess return of 1.45 percentage units implies that the early incomes increase the pension by some 7, rather than 6 per cent. Thus using the same comparison income as in the straight-line case the compensation rate would increase to 47 percent ( $44 \times 1.07$ ).

Another reason for the higher replacement rate is that the average income at age 16-64 with which the pension is compared is lower, roughly 0.87 of the final year income in the straight-line income profile. This results in a *pension level* of 54 percent of the average income for all aged 16-64 ( $54 = 47 / 0.87$ ).

It is important to note that, in 2003, the average income at age 64 was only 0.9 of the average income for ages 16-64 and the average income at age 60-64 was 0.98 of the same average. This means that if this concave income profile is assumed both of the two alternative comparison incomes in Table 2 would generate higher replacement rates than the chosen comparison income.

### **3.3 Actual + Straight-Line Income Profile**

The "Orange Envelope" contains a statement with pension projections for each individual based on her/his actual earned pension credit. When the envelope is mailed in February and March, income data are available through the calendar year two years prior to the year of mailing. Thus, envelopes mailed 2005 were based on all incomes that each individual had earned through 2003.<sup>6</sup> However, income indexation, the return on the premium pension,

inheritance gains and costs of administration were updated to their values as of December 31, 2004. The projection is based on the pension balances of each individual's inkomstpension and premium pension account, respectively, on December 31 of the year preceding the one when the Orange Envelope is sent out.

The Orange Envelope contains projections for the total amount in Swedish currency of the ATP-pension, the inkomstpension, and the premium and guaranteed pensions. The projection is not expressed as a percentage of some income; percentages have not been considered appropriate for this type of information. Projections are calculated for three different retirement ages: 61, 65, and 70. For each retirement age, a projection is provided with two different pairs of assumptions for income growth and for the rate of return, net of the costs of fund management, on premium pension capital. The assumptions are 0 percent annual growth in income and a 3.5 percent annual return on the premium pension for one pair, and 2 and 5.5 percent, respectively, for the other. All assumptions are in real terms, projected pensions are thus in fixed prices.

The reason for providing a projection with an assumption of zero-percent growth in income is that it enables the individual to compare the projected pension with her/his most recent known income. The zero-growth assumption is a way of indirectly furnishing information on the projected compensation rate, assuming a future straight-line income profile. With an assumption of positive growth in incomes – two percent in the Orange Envelope – the projected pension of many younger people, the age limit being roughly 45, will equal or exceed their current income. At the same time, the pension projection in relation to final income, given the assumptions in the projection, is largely identical in the two pairs of income growth and return.

The higher growth and return will lead to a larger pension in terms of absolute purchasing power, but not relative purchasing power. This constitutes a pedagogical problem with the projection, and Försäkringskassan and the Premium Pension Authority are endeavoring to alleviate it.

As the income of the insured is assumed until retirement to be the same in every year as the income most recently recorded, there is an assumption of a straight-line income profile for all years of each insured's remaining working life up to retirement. In the zero-growth alternative of the projection, as previously noted, it is assumed that the premium pension funds earn an annual return of 3.5 percent after deduction of fund management fees.<sup>7</sup> Thus, the real net return on capital exceeds growth in incomes by 3.5 percentage points.<sup>8</sup> Whether this return is high in relation to zero growth in incomes can be and has been debated. An extreme condensation of these discussions is that the assumption in the Orange Envelope is roughly in line with the historical relationship between the average yield on the stock market and income growth in Sweden. At the same time, it is clear that the historical tendency during this period and in this geographic region is by no means necessarily a good "forecast".<sup>9</sup> The current review of the design of the projection will also include the assumption about the size of the excess return.

In Diagram 1, the compensation rate that follows from the projections in the Orange Envelope has been summarized. Here the projected pension of each individual, excluding any guaranteed pension, at the retirement age of 65 and with 0 income growth and a return of 3.5 percent, has been divided by the pension-qualifying income of that individual in 2003. For persons with no income in 2003, no compensation rate can be calculated, and they are excluded from the calculation. Persons with a compensation rate above 150 percent have also been excluded. The reason

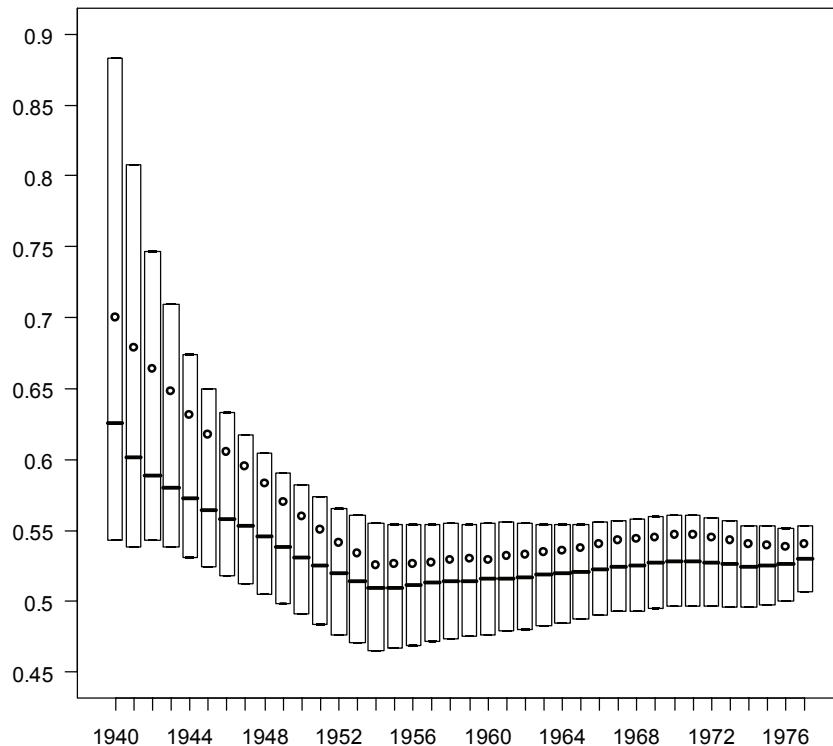
is that such high compensation rates are usually due to an income so low that it is normally temporary. An average for each age/birth cohort has then been calculated by adding up all compensation rates and dividing by the number of individuals.

The compensation rates in Diagram 1 are based on the 3 953 456 projections remaining after this sample. Among the reasons why there are so few projections in the calculation compared to the nearly 6 million Orange Envelopes sent out are that no projections are made for individuals below age 26 and that individuals with no pension-qualifying income have been excluded.

Both the assumptions underlying this calculation and the method used in Diagram 1 differ in significant respects from those used in the annual report and in the simplified calculations with a fully *fictitious straight-line* and a *concave income profile*. In the annual report and the method with a *fictitious + concave* income profile, the comparison income is the average income for persons aged 16-64 who meet the income requirement. In Diagram 1 the comparison income is the respective individual's income below the ceiling in 2003.<sup>10</sup> For young people with few years of pension credit, this means that the compensation rate has been calculated with a virtually straight-line earnings profile. For persons relatively close to the retirement age their historic incomes are concave on average, but straight-line from 2003 until the year of retirement.

The high compensation rates for the oldest birth cohorts are explainable in part by the fact that their own incomes, which have been used as comparison income, have begun to decrease—resulting in a higher compensation rate with the method used here. Another explanation is that the ATP portions of the pensions of older birth cohorts have not been adjusted downward by the increase in average life span according to the method in the new

Diagram 1. The Orange Envelope – Compensation Rates: Average, Median, and Distribution for Different Years of Birth. The circles denote averages, the bold-face lines denote medians, and the rectangle indicates 50 percent of the values. The guaranteed pension is not included in the pension benefit.



Source: 3 953 456 projections in the Orange Envelope for 2005.

system. The reason why the variation in compensation rates decreases with each younger birth cohort is that the younger the birth cohort, the more fictitious and straight-line the calculation. The modest increase in compensation rates beginning with the cohorts born in the mid-1950's is explainable by the greater importance of the premium pension to these cohorts. With the assumptions of an excess return of 3.5 percent and a more gradual increase in life span, the compensation rate shows a slight upturn beginning with birth cohort 1955.

Diagram 1 shows a skewed distribution of compensation rates – the average is higher than the median, and the distance from the

median is greater for the 75<sup>th</sup> percentile than for the 25<sup>th</sup> percentile. One reason for the skewed distribution is that the compensation rate is high for persons whose previous incomes have been relatively high but whose recent income is low when the projection is made. Such cases are more frequent than instances of sudden similarly large increases in pension-qualifying income – particularly since only incomes up to the income ceiling are considered. If compensation rate used is the median instead of the average, it is about 7 percentage points less for the oldest individuals and 2-3 percentage points less for younger persons.

### 3.4 Actual + Concave Income Profile

The pension levels projected in the annual report are calculated with the last of the income profiles in Table 1. As the method has been partly described above and is also described in the report, the results of the projection in the annual report are presented in Tables 3 and 4 without further explanation, together with the results of the other approaches.

## 4. How Large Will Pensions Be?

The results of using the methods of calculating compensation rates/pension levels are compiled in Tables 3 and 4. Table 3 concerns only the calculations for birth cohort 1955. The results in parentheses are calculated with a comparison income that is inappropriate or at least unusual given the assumed income profile. The results in bold-face type indicate the calculation methods used for more birth cohorts in Table 4.

Comparison between the methods is especially difficult for birth cohorts 1940, 1945 and 1950 since, in the cases which use *actual + assumed incomes*, 70, 45 and 20 percent of their income, respectively, grant pension rights

according to the old rules. The falling tendency of the compensation rate is largely explained by the assumed increase in longevity in combination with a fixed retirement age and the subsequent growth of each birth cohort annuity divisor. The downward trend due to these assumptions is somewhat alleviated by the increased importance of the excess return of the premium pension for younger cohorts.

The compensation rate calculated from the projections in the Orange Envelope, i.e. *actual + straight-line income profiles*, averages about 4 percent less than the pension level in the annual report. However, if the same excess return were assumed in the projection in the Orange Envelope as in the annual report baseline scenario, the compensation ratio for younger birth cohorts with a fully developed share of premium pension, persons born in 1970 or later, would decrease by about 4 percentage points compared to the figures in Table 4. The older the birth cohort, the less important the assumed rate of return.

One factor contributing to the differences in results is that in the compensation rate calculated with the projection in the Orange Envelope there is no requirement of a minimum

Table 3. Summary of Results for Birth Cohort 1955.

Compensation rates / pension levels, percent. See Table 4 for calculation assumptions.

Comparison Income	Income Profile			
	Fully Fictitious		Actual + Fictitious	
	Straight-Line	Concave	Actual + Straight-Line Envelope 05	Actual + Concave Annual Report 05
The insured's income in final year (age 64)	<b>44</b>	(66)	<b>52</b>	(NA)
The insured's average income (ages 60-64)	(45)*	54*	(NA)*	NA*
Current average, (16-64)	44	<b>53</b>	NA	<b>59</b>

\* The results of this method depend on the growth in income. Here growth is assumed to be 1.8 percent per year.



number of years with earned income. The calculation includes people with only one or a few years of income. These are generally older persons whose first year of income was 2003. But everyone at least 36 years old in 2003 – that is, the birth cohorts of 1967 and

earlier years – who earned their first pension-qualifying income in 2003 will have fewer than 30 years of pension credit in the calculation of the average compensation rate of the system. Unfortunately, the significance of the absence of an income requirement has not yet

Table 4. Compensation Rates Calculated by Different Methods and with Different Assumptions

Birth Cohort	Method, etc.			
	Fully Fictitious Incomes		Actual + Assumed Incomes	
	Straight-Line Profile*	Concave Profile*	Actual + Straight-Line Envelope 05*	Actual + Concave, Annual Report 05
1940	46	56	70	68
1945	45	55	62	67
1950	45	54	56	63
1955	44	54	52	59
1960	44	53	52	58
1965	44	53	53	57
1970	44	53	54	56
1975	44	53	53	54
1980	43	53	-	54
1985	43	52	-	54
1990	43	52	-	53
Rules for Earning Pension Credit	100 percent rules of new system†	100 percent rules of new system†	Actual transitional rules	Actual transitional rules
Comparison Income	Income at age 64	Average income, ages 16-64	Income at age 64	Average income, ages 16-64
Earned-Income Requirement	40 years of earnings between ages 25-64	42 years of earnings between ages 23-64	No requirement of a certain number of years of earnings.	30 years of PQI of at least one income-related base amount
Rate of Return	1.45 percent more than growth in income	1.45 percent more than growth in income	3.5 percent more than growth in income	1.45 percent more than growth in income

Source: Annual Report 2005 and own calculations. No method includes incomes over the income ceiling in comparison income. The effect of including incomes over the ceiling can be estimated by dividing the compensation rates in the table by 1.09.

\* Pension credit earned for child-care years, study, and compulsory national service is not included in the calculation. If such pension credit were considered, the compensation rate would increase by about 3 percent, equivalent to 1-2 percentage points. As for the Orange Envelope, such pension credit is included to the extent that it has already been earned, but is not considered in the projected future pensionable income.

† The calculation is performed under the rules of the new system, but the proportions of inkomstpension and premium pension follow the phase-in of the new system. Beginning with birth cohort 1970, whose members were 25 years old when allocations to the premium pension began, the system can be said to be fully functioning.

been analyzed. An additional explanation for the results is that pension-qualifying amounts for child-care years, study and compulsory national service are treated differently in ways that are described in the Table.

As already stated, with current income patterns and income growth, the average income of newly retired persons at ages 60-64 years old is somewhat lower than the current average income for ages 16-64. Thus if the *pension level* measure currently used were to be changed to a *compensation rate* measure, thus defined, average compensation rate is expected to be slightly higher than the *pension level*.

The answer to the question in the section heading is that those wanting to know their own pension should read the projection in their Orange Envelopes, or – even better – obtain a projection at the website [www.minpension.se](http://www.minpension.se). The latter projection includes negotiated pensions.

As may be apparent, the answer for the national pension system as a whole is not clear. Different methods yield different answers. As for representativeness and accuracy, it is better to begin the calculation with the history of the insured individual's actual income, and it is better to assume a concave income profile than a straight-line profile for the individual's remaining years of income. Using average income for persons aged 16-64 with pension-qualifying income to compare the pension benefit with makes the measure more robust, but this measure has the drawback that in principle no information is provided on how the income is expected to change at the transition to retirement. As described above, however, such a measure of the compensation rate is not expected to bring about major changes of pension levels in annual report.

## 5. Does the Rhetoric of the Pension Reform Stand Up to Scrutiny?

One basic assumption about the pension reform from the very start was that the new system would generally provide pensions as high as the ATP and folkpension, provided a number of conditions were met. These were the same life expectancy at age 65 as in 1994, 2-percent real income growth<sup>11</sup> and an average number of working years of at least 40. If the rhetoric of the pension reform is to be taken seriously, the lower pension levels provided by the new system with a fixed retirement age should be explainable primarily by the development of life expectancy at 65.

In Scherman [1] it is held that the lower pensions expected in the new system with a fixed retirement age of 65 cannot be explained by the anticipated increase in life span.

In the ATP system, a person with a straight-line income profile, who retired after constant real annual growth in income with earnings of SEK 244 454 in 2003,<sup>12</sup> would receive a total ATP and folkpension of SEK 134 289 as a married pensioner – given that these systems remained unchanged. Thus the compensation rate is 55 percent of final-year earnings.

In section 3.1 it was shown that the same person at age 65, if he or she had worked for 40 years in the new system, would have an inkomstpension “capital” of 6.72 and premium pension capital of 1.42 times final-year earnings.

The basic design of the pension reform was adopted by the Swedish Parliament in 1994. An annuity divisor for birth cohort 1930 at age 65 has been calculated at 14.84 based on life-tables at that time<sup>13</sup>. With the average life span in 1994, a pension balance of 6.72 times final annual earnings would provide an inkomstpension of 0.45 times final annual earnings (6.72/14.84). No annuity divisor for the premium pension has been calculated for birth cohort 1930. Very simplified, however,

such a divisor can be estimated on the assumption that the size relationships of the annuity divisors are independent of life span. Then an approximate value of a divisor for the premium pension for birth cohort 1930, retirement age 65, can be estimated at 14.1.<sup>14</sup> The premium pension will then be 0.1 times final annual earnings, and the total national pension will thus be 0.55 times final annual earnings. A compensation rate of 55 percent. However, as explained in section 3.1 the tax reduction has increased the relevant comparison income by 7 percent. This has reduced the compensation rate to 0.51 times final-year earnings (55/ 1.07)

With the assumption of a straight-line earnings profile, it is thus true that the new system – at least before the effect of the tax reduction for the individual pension contribution – can be expected to provide roughly the same pensions as the old system, given the more detailed assumptions indicated for the reform. If one disregards the decrease of 3–4 percentage points in the pension level that results from the tax reduction, a change difficult to attribute to the pension reform, there are consequently good reasons to claim that the new system, with a requirement of 40 years' employment and growth of two percent, would provide roughly the same pensions on average as the old system if the average life span were the same as when the reform was enacted.<sup>15</sup> In the new system, if life span increases, the period of working life must be extended, and retirement postponed, for the pension level to be constant. This is one of the messages that the pension reformers have sought to convey.

#### Acknowledgements

I am grateful for valuable assistance provided by Boguslaw D. Mikula and Carmen Boado Penas.

#### Notes

- <sup>1</sup> See the The Swedish Pension System Annual Report 2005.
- <sup>2</sup> Cichon's estimates of pension levels in the reformed system apply only to the inkomstpension system; the contribution is therefore just 16 percent.
- <sup>3</sup> Only the calculations in Cichon and Sherman have been affected by the assumption that balancing is activated. Differences between various reports regarding the size of the assumed return on capital in relation to the assumed rate of income growth explain only a very small portion of the differences in the results.
- <sup>4</sup> For example, Normann does not consider the inheritance gains distributed in both the inkomstpension and the premium pension systems.
- <sup>5</sup> In addition, Flood [1] uses the average pension at ages 65–69, not at age 65.
- <sup>6</sup> Prior to the mailing of the Orange Envelopes for 2005, information was compiled for 6 532 074 individuals, whereas information was addressed to 5 927 028 of them. Most of the difference consists of persons who are not located in Sweden and whose address is unknown to Försäkringskassan.
- <sup>7</sup> The average deduction for fund management fees in 2005 was 0.42 percent of the capital. In addition to the fees deducted by fund management firms, there are costs in the form of broker's commissions, etc.; in 2005 these were equivalent to a fee of approximately 0.30 percent of premium pension capital; see the annual report 2005, page 38. If these costs are also taken into account, the assumption of a net return of 3.5 percent requires a gross return of 4.22 percent. However, since fund management costs are anticipated to decrease sharply with the growth in premium pension capital, the gross return required for a net return of 3.5 percent is expected to go down as well.
- <sup>8</sup> In the Orange Envelope alternative of 2 percent real annual growth in incomes, the real rate of return for the premium pension is assumed to be 5.5 percent per year. Thus the return exceeds growth in income by 3.5 percentage units in this alternative as well.
- <sup>9</sup> In *Socialförsäkringsboken* for 2001, page 89, Hans Olsson estimates that the average real annual return on shares of stock for the years 1918–1998 was seven percent; real GDP growth

in the same period was 3.1 percent per year, for an approximate excess return of 3.9 percentage points. The result is highly dependent on the period chosen. In the period 1918-1978, for example, the real annual return on shares was 4.2 percent, while GDP growth was 3.6 percent, for an approximate excess return of only 0.6 percentage point. In Olsson's projections, the author assumes an excess return of 1.3 percent in the baseline alternative; in the *low* alternative, it is 0 percentage point, and in the *high* alternative it is 2.6 percentage points.

<sup>10</sup> In 2003 the ceiling was an annual income of SEK 306 750.

<sup>11</sup> Since pension credit earned in the ATP system was price-indexed, growth in income mattered for the compensation rate of that system. The ceiling on earnings and the folkpension were also price-indexed, meaning that the pensions provided by the system decreased over time in relation to the average income.

<sup>12</sup> The income determined in the National Strategy Report for an average full-time employee (average production worker) in industry.

<sup>13</sup> See annual report 2005 page 50.

<sup>14</sup>  $15.88/16.76 * 14.84 = 14.06$ .

<sup>15</sup> It can be argued that the new system will almost surely provide much higher pensions than an unreformed ATP system would have. The reason is that the ceiling on pension-qualifying income in the ATP system was price-indexed, whereas the ceiling in the new system is income-indexed. The Ministry of Finance expressed this view from time to time in the preparation of the pension reform and contended that the "expansion in expenditure" should be financed. While in substance correct, this view can be considered somewhat rhetorical.

## References

- Boguslaw D. Mikula, *MiMessis*, high speed statistical package for R, Försäkringskassan 2006, Stockholm.
- Cichon, M. *Balanced Notional Defined contribution Schemes: A new "geist" in old bottles?* The Scandinavian Insurance Quarterly 2006:2
- Flood, L. [1] Ekonomisk debatt, 2004:3  
– [2] Ekonomisk debatt, 2004:5
- Normann, G. *Har vi råd att bli äldre? (Can We Afford to Grow Older?)* Report published by Länsförsäkringar (an insurance company), Stockholm, 2005.
- Olsson, H. *Att spara och få avkastning (To Save and Earn a Return)*, Socialförsäkringsboken (Social Insurance Handbook) 2001, Riksförsäkringsverket (National Social Insurance Board), Stockholm.
- Scherman, K.G. *The Swedish pension reform: a good model for other countries?* The Scandinavian Insurance Quarterly 2003:4  
– [2] *Replacement rates in the new Swedish pension system*, The Scandinavian Insurance Quarterly 2005:2  
– [3] *AP-fonden, "bromsen" och din pension (the National Pension Fund, the "Brake," and Your Pension)*, Stockholm, June 2004
- Den nationella strategirapporten om hållbara och rimliga pensioner (National Strategy Report on Sustainable and Reasonable Pensions)*, Ministry of Health and Social Affairs, June 2005.
- Pensionssystemets årsredovisning (Annual Swedish Pensions System Annual Report System) 2005*, Försäkringskassan (Swedish Social Insurance Agency), Stockholm 2006.

## Cykler i forsikringsmarkedet

af Henrik Klitmøller Rasmussen



Henrik Klitmøller  
Rasmussen  
hkra@kommuneforsikring.dk

Det forhold at skadesforsikringsmarkedet er cyklisk er formentlig et forhold de fleste med kendskab til forsikringsmarkedet er bekendt med. Baggrunden for cyklernes opståen, deres virkning på markedet og forsikringselskabernes mulighed for at håndtere dem er det imidlertid nok værd at fundere nærmere over.

Denne artikel, som bygger på et indlæg ved forsikringsdagene i København november 2005, vil forsøge at beskrive cyklens karakter, årsager, de problemer de skaber og vil endeligt søge at give et bud på forsikringselskabernes mulighed for at håndtere cyklerne i forsikringsmarkedet. Afslutningsvis gives en kort vurdering af, om cyklerne vil forsvinde helt eller delvist fra forsikringsmarkedet.

### Cyklerne og deres baggrund

Cyklerne i forsikringsmarkedet synes at være af 6-8 års varighed<sup>1</sup>. D.v.s at der indenfor denne periode findes både hårde og bløde markeder. Hårde markeder med relativt lønsomme forløb af forsikringsforretningen (combined ratios som leverer afkast, der dækker forsikringselskabernes cost of capital og en vis merpræmie til selskabernes ejere) og bløde markeder med perioder med relativt ulønsomme forløb (combined ratios der enten ikke eller kun lige dækker forsikringselskabernes cost of capital). Figur 1 illustrerer de cykliske udsving. I virkelighedens verden er udsvingene naturligvis ikke så entydige, som denne sinuskurve viser.

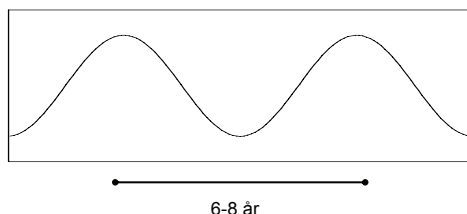
Henrik Klitmøller Rasmussen er cand.scient.pol. og Viceadministrerende direktør i KommuneForsikring A/S.

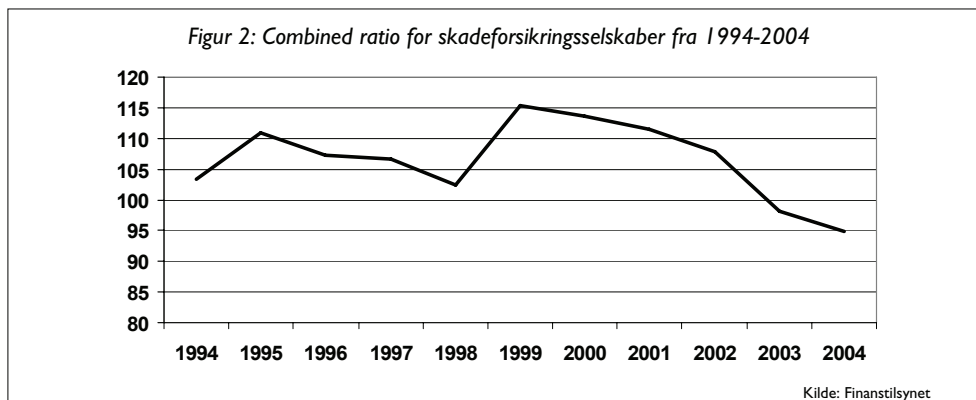
At cyklen er en kendsgerning i det danske skadeforsikringsmarked fremgår imidlertid ganske tydeligt af figur 2 (næste side), der viser de danske skadeforsikringselskabers combined ratio i perioden 1994-2004.

Det ses af figuren at perioder med relativt lønsomme combined ratios afløses af klart ulønsomme perioder, hvor combined ratio når niveauer på mellem 110 og 115.

Årsagerne til cyklernes opståen er mange. Overordnet kan man sige, at de cykliske ud-

Figur 1. Forsikringscyklen





sving i forsikringsmarkedet opstår som en ubalance mellem udbud og efterspørgsel efter kapacitet i forsikringsmarkedet. Bag denne ubalance ligger imidlertid en række forhold.

*Asymmetrisk viden* er en af årsagerne til, at der opstår cykler i markedet. I den asymmetriske viden vil ofte ligge en tendens til overvurdering af egen viden og evne bl.a. i henseende til vurdering af, hvorvidt en given skadeudvikling er en tilfældig fluktuation eller en mere varig tendens, der skal give sig udslag i en ændring i den risikobaserede pris.

De ofte betydelige *tidsforskydninger* mellem beslutninger og indhøstede erfaringer der kendetegner forsikringsforretning er en anden årsag til, at der opstår cykler i forsikringsmarkedet. Indenfor visse brancher kan der være flere år mellem indtegningen af forsikringen og det tidspunkt, hvor skadeforløbet af forsikringen kan konstateres i forsikringselskabets regnskab. Disse tidsforskydninger vil ofte forstærke den ovennævnte effekt af asymmetrisk viden.

Udover de ovennævnte strukturelle forhold i forsikringsmarkedet er der en række forhold af *ekstern karakter*, som påvirker det direkte skadesforsikringsmarked. Udviklingen på de finansielle markeder i form af renteutvikling og i et vist omfang tillige kursudvikling på aktiemarkedet påvirker forsikringselskabernes opfattelse af hvad der er en tilfredsstillende combined ratio: Lave afkast fra finansmarke-

det presser det acceptable niveau for combined ratio ned, medens høje finansafkast over en periode tenderer til at få forsikringselskabernes ledelse til at acceptere en højere combined ratio.

Tingforsikringsmarkedet er typisk stærkt afhængigt af genforsikringsmarkedet. Afhængigheden er naturligt nok størst for de dele af markedet, der er kendetegnet ved store enkelt-risici, og derfor i betydeligt omfang er ubalancerede som f. eks. industriforsikringsmarkedet. Eftersom genforsikringsmarkedet i sig selv i betydeligt omfang er cyklisk, påvirkes forsikringsmarkeds prissætning af udviklingen i genforsikringsraterne og måske ikke mindst af forventningen til disses udvikling.

Den usikkerhed der knytter sig til ny lovgivning og domstolenes fortolkning af bestående lovgivning øger usikkerhed ved prissætning af en række forsikringsprodukter. I det danske skadeforsikringsmarked gælder dette særligt indenfor ansvarsforsikring og arbejdsskade-forsikring. I løbet af de seneste 5 år er der gennemført en betydelig ændring af den danske erstatningsansvarslovs regler om opgørelse af personskader med afsmittende virkning på reglerne for opgørelse af arbejdsskadeerstatninger. På arbejdsskadefforsikringsområdet er der siden 2001 sket ændringer, der stort set har tredoblet udgiftsniveauet. Ændringerne har omfattet effekten af en dom fra 1998, der gælder indregningen af forudbestå-

ende lidelser ved fastsættelsen af erstatninger for arbejdsskader, og en dom fra 1999 om tildeling af førtidspension, som har en afsmittende virkning på fastsættelsen af arbejdsskadeerstatninger. Den førnævnte ændring i erstatningsansvarloven, som påvirker fastsættelsen af mængdetgørelser efter arbejdsskade-forsikringsloven. En højesteretsdom fra 2003 om fastsættelsen af arbejdsskadeerstatninger for skadelidte på flexløn. Endeligt i 2003 en ny arbejdsskade-forsikringslov, der bl.a. udvider det hidtidige ulykkesbegreb. Disse ændringer er ikke i sig selv af cyklisk art, idet de varigt ændrer erstatningsniveauet (typisk opadgående retning), men de skaber en usikkerhed omkring forsikringsselskabernes lønsomhedsvurderinger for disse forsikringsprodukter, der kan styrke de cykliske tendenser i markedet. For forsikringskunderne, der ikke kan forventes at følge den bagvedliggende lovgivning så tæt, som markedets professionelle aktører, vil sådanne ændringer til lige blive oplevet som cykliske udsving, der er svære at forstå.

Bag cyklerne ligger formentlig også usmidigheden i forsikringsselskabernes egen forretningsmodel. Den langt overvejende del af erhvervs- og administrationsomkostningerne i danske skadesforsikringsselskaber er faste omkostninger. De faste omkostningers store andel af selskabernes omkostningsprocent er formentlig i sig selv med til at fremkalde i hvert fald den bløde fase i cyklen. Det skyldes at beslutningen om at reducere volumen i situationer, hvor man står overfor faldende præmieniveauer med deraf følgende lavere lønsomhed vanskeliggøres af udsigten til kraftige forringelser i omkostningsprocenten. Konsekvensen bliver at forsikringskapaciteten fastholdes langt ind i cyklens bløde forløb trods klare udsigter til forringet lønsomhed og mindsket afkast til selskabernes ejere.

Dette sidste forhold skaber en barriere mod at forlade markedet i perioder med lave afkast.

Det er endog vanskeligt at foretage en relativ reduktion ved at nedsætte volumen i de mindre lønsomme forløb af cyklen.

### **Er cyklen i forsikringsmarkedet et problem?**

Man kan spørge sig selv om det overhovedet er problem med disse cykliske udsving. Tilsvarende vilkår er trods alt kendt i en række andre markeder tænk blot på landbrugets svinepriscykler og skovbruget cykler for priser på juletræer.

Det er min påstand at cykler og den usikkerhed de skaber, formentlig er et problem i ethvert erhverv, men problemet kan tænkes at være større for forsikringserhvervet end som så. Dette skyldes, at cyklerne på skadesforsikringsmarkedet skaber usikkerhed omkring et produkt der grundlæggende er skabt til at levere stabilitet.

For kunderne opleves cyklerne som udsving i priserne for at afgive den konkrete risiko. Disse udsving er det oftest vanskeligt for kunderne at forstå baggrunden for og måske af størst betydning: udsvingene i forsikringspræmierne relaterer sig ikke til udsving i kundernes egen forretning og indtjening. De cykliske udsving nedsætter derfor værdien af forsikringsproduktet for kunderne og reducerer forsikringserhvervet troværdighed.

For forsikringsselskaberne og deres ejere betyder de cykliske udsving relativt store udsving i afkastet af den investerede kapital. Dette er problematisk, da forsikring er en ganske kapitalkrævende industri. Undersøgelser af europæisk og amerikansk<sup>2</sup> skadesforsikring peger på, at et betydeligt antal forsikringsselskaber reelt sætter hele det hårde markeds merafkast over styr i det bløde marked og derfor leverer et middelmådigt afkast til ejerne hen over hele cyklen.

De relativt store udsving i afkastene fører til krav om højere afkast ud fra den logik der siger at høj volatilitet omsætter sig i en høj

risikopræmie. Resultatet bliver en højere pris for risikokapital, end det der havde været tilfældet ved ingen eller mindre cykliske udsving.

For dele af markedet betyder disse forhold, at der tiltrækkes spekulative eller kortsigtede investorer. Dette ses mest tydeligt i genforsikringsmarkedet, hvor dele af markedet har karakter af opportunistisk kapacitet.

De cykliske udsving i forsikringsmarkedet øger således sandsynligvis forsikringsbranchens langsigtede kapitalomkostninger.

### Kan cyklerne håndteres?

Stillet overfor de førnævnte negative forhold ved det cykliske marked er det naturligt at stille sig selv spørgsmålet: Er det muligt at håndtere cyklerne?

Set fra det enkelte selskabs side er det cykliske marked et vilkår, som man må underkaste sig og tage udgangspunkt i. Dette er naturligvis ikke det samme som at ledelsen blindt skal udsætte selskabet for cyklens effekter.

Det enkelte selskabs håndtering af cyklen er en udfordring for selskabets strategiske risk management (Enterprise Risk Management). Gennem processer der fastlægger niveauet for den acceptable risiko og identifikation af de risici cyklen påfører forsikringsselskabet må ledelsen udforme en strategi der definerer de forhold i selskabet forretningsmodel, der skal konkurreres på.

Strategien må munde ud i klare mål for, i hvilken udstrækning forsikringsselskabet bør eksponere sig for cyklens risici. Der må med andre ord defineres klare exitpunkter, som definerer, hvornår forsikringsselskabet ophører med at deltage i det cykliske marked. Definitionen af disse punkter afhænger af selskabet afkastkrav, omkostningsstruktur etc.

Ved etablering af effektiv forretningsmodel kan selskabet flytte punktet, der definerer, hvornår deltagelse i den bløde del af cyklen bliver urentabelt. Til den effektive foretnings-

model hører også en øgning af forretnings-systemets fleksibilitet og en øgning af den variable del af omkostningsbasen således, at selskabet kan tilpasse sit forretningsystem til en lavere omsætning i de bløde dele af cyklen. Dette kan bl.a. ske gennem en større grad af outsourcing, end det man sædvanligvis ser blandt danske skadeforsikringsselskaber.

Forsikringsselskabet kan således ikke undgå cyklen, men det kan søge at styre omfanget af eksponering overfor cyklen og gennem udvikling af en effektiv foretningsmodel gøre det muligt at deltage i større dele af cyklens forløb.

### Forsvinder cyklen?

Afslutningsvis kan man naturligvis stille spørgsmålet: Vil cyklen forblive et væsentligt træk ved forsikringsmarkedet?

En række forhold taler for, at de cykliske mekanismer vil afsvækkes i fremtidens forsikringsmarked. En af de mekanismer som kan tænkes at svække cyklen er den øgede fokus på opgørelse af risikokapital og forsikringsselskabernes evne til at levere et tilfredsstillende afkast af den kapital, som deres forretning eksponerer.

Solvency 2 og de tilhørende Enterprise Risk Management tiltag i forsikringsselskaberne vil øge konsistensen i selskabernes prissætningsprocesser, hvilket sandsynligvis i fremtiden vil svække nogle af de mekanismer, der fremkalder cyklerne.

Den øgede fokus på shareholder value og de ofte tydelige udmeldinger til markedet om afkastkrav vil formentlig også have en disciplinerende virkning, som på sigt må forventes at svække de mekanismer, der skaber cyklerne.

### Noter

<sup>1</sup> Se Swiss Re: Sigma no 5/2001, Profitability of the non-life insurance industry: its back-to-basics time, s 23ff

<sup>2</sup> Se f.eks. McKinsey and Company: The Journey, Revisited – Pathways to Underwriting Excellence, 2004



# A Non-mathematical Introduction to Statistics of Extremes

by Erik Brodin



Erik Brodin  
ebrodin@math.chalmers.se

*Extreme events do happen – we know that – but what is the probability? As the extreme events seldom occur they are in general too difficult to handle with standard statistical methods. However, by the use of extreme value theory one has a methodology which is explicitly made for dealing with extreme events.*

*In this introduction we describe the theory of extremes from a statistically point of view. We give examples of the most used statistical methods for analysing data. Finally, we perform a case study where we investigate the extreme behaviour of fire insurance claims.*

## Introduction

This short introduction aims at describing extreme value theory and its applications. However, the language is statistics and the grammar is mathematics but this will be tried to be held at a minimum. The introduction is by no means complete and the interested reader is referred to Coles (2001) and Embrechts et al. (1997). The book by Coles (2001) is from a statistical point of view while the book by Embrechts et al. (1997) is more theoretical but still focusing on applications such as insurance and finance.

A common problem in many areas of science is to answer the question how likely it is that a certain event occurs. Also, one is often more interested in events that has a low probability to occur, so called extreme events, as these events tends to influence an environ-

ment more than a likely event. Natural examples are storm damages like the storm Gudrun over southern Sweden in 2005 and stock crashes as the Black Monday in 1929. However, these events are in general too difficult to handle with standard statistical tools and therefore demand special methodology. To see this, we give the following example:

*Consider the constructions of the dikes in Holland. These dikes are vital for protection against flooding. Here one is interested in building the dikes higher than the 10 000 year return wave, i.e. the highest wave during 10 000 years. How high should the dikes be?*

Erik Brodin is a Ph. D student in Mathematical Statistics at Chalmers University of Technology. His research area is risk modelling with application to insurance and finance. In 2005 he received a grant from the foundation "Willis Corroons insamlingsstiftelse till Lennart Elmlunds minne".

A natural way to answer this question is to use statistical methods to estimate the height of the highest wave in 10 000 years. But how should one do this when one only has measurements from a couple of hundred years? If one instead, for some reason, chose to build the dikes higher than the 100 year return wave, it would be straight forward to use the data to estimate the height. However, to estimate the probability of an event that is more extreme than any that has already been observed demands different methodology. Such methodology is extreme value theory.

Extreme value theory is an applied and theoretical science which has been developed rapidly during the last 50 years but is by no means uncontroversial. Using mathematical results based on extreme value theory (under suitable assumptions) one can extrapolate observed data to answer questions about extreme events. Naturally, this is easy to criticize as extrapolation is by nature unreliable. However, extreme value theory has a mathematical foundation and no other credible alternative has been proposed. As Professor Richard Smith said:

*There is always going to be an element of doubt, as one is extrapolating into areas one doesn't know about. But what extreme value theory is doing is making the best use of whatever you have about extreme phenomena.*

Also, all statistical work using extreme value theory is based on model assumptions which of course almost never are exactly as the complex real world. Hence, one must, as always, proceed with caution.

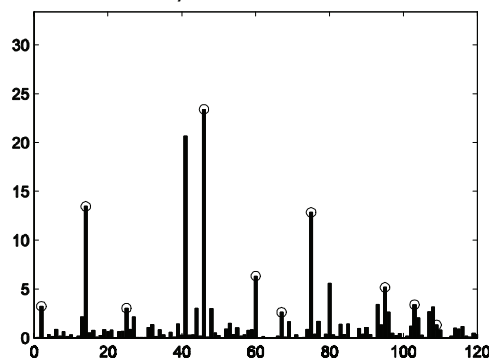
### Basic Concept

When using extreme value theory in statistics there is basically two different approaches. The first is called the *Blocks method* and the second the *Peaks over Threshold method*.

### Blocks method

The Blocks method deals with maximum observation during a given time period. For instance, the highest yearly observation of rain. Statistically one takes advantage of the fact that a maximum observation of a time period, given that the time period is sufficient long, starts to behave as maxima observations of longer time periods. An example of the Blocks method can be seen in Figure 1.

Figure 1: 10 years of randomly generated monthly observations. Yearly maximums marked with circles.



Here we have 120 randomly generated observations which can be interpreted as monthly observations during 10 years. Marked with circles are the yearly maxima. To answer the question about the dike height, with support in extreme value theory, one models the highest 10 000 year wave by considering the observed highest 1 year waves. Of course, it is better to consider a longer time period but this is a trade-off, as always in statistics, with the number of observed maximums. For instance, it is better to have 10 yearly maxima than one 10-year maximum. To be able to do the hopefully correct thing there exist several graphical tools. More on this topic can be found in the references.

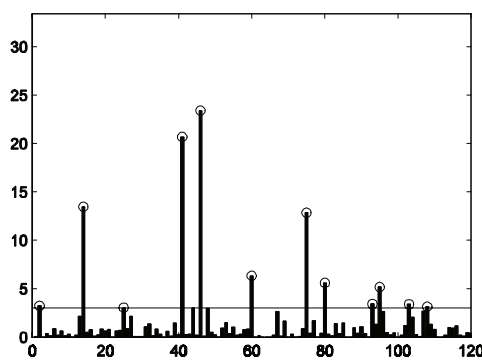
It is easy to see a disadvantage with this method. In any year there may have occurred an event that is more extreme than the maximum in other years and hence important information is not used. An advantage with this

method is that it is natural to store data as maximum.

**Peaks over threshold method**

The Peaks over threshold method does not consider blocks maxima. Instead all observations larger than a given threshold are used in a statistical analysis given that they are. This is illustrated in Figure 2 where the same observations as in Figure 1 are used. Extreme value theory then gives that data behave similarly over the threshold if the threshold is sufficiently high. This implies that one usually has more observations than with the Blocks method. However, one can show that the methods are the same, see Embrechts et al. (1997), but this is not the topic of this paper. One critical and difficult question is how to select the threshold, which in a way resembles choosing the time period of one block in the Blocks method. This is a delicate task and graphical tools are used. We will present some of them in the next section but we refer to the references for more in-depth material.

Figure 2: 10 years of randomly generated monthly observations. Values over the threshold marked with circles.

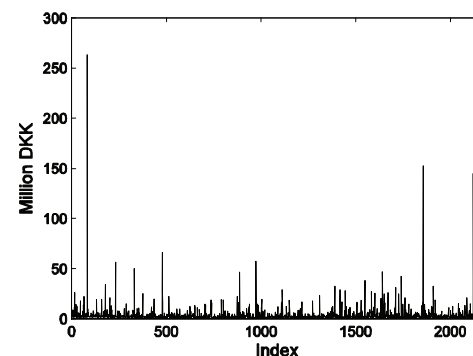


**Danish fire insurance claims**

Describing statistical tools is much easier when using an example. Therefore, in the following section we will perform a statistical

extreme value analysis of the Danish fire insurance claim data using the peak over threshold method. This analysis is by far not complete but the purpose is to give a glimpse of the techniques used. The data consists of 2167 observations of large insurance claims between 1980 and 1990 (1985 prices) in Denmark. We will try to answer the question: “What is the loss level for which only 0.1 % of the losses would be larger?” In statistical language this is called the 0.999-quantile. This is an important question which is of importance in, for example, risk management or the reinsurance industry, which daily struggles with how to insure an extreme event.

Figure 3: Danish fire insurance claims, 1980-1990.



In Figure 3 we have depicted the data. The mean of the claims is 3.4 million DKK and the standard deviation is 8.5 million DKK. As we have several extreme values, one as large as 263 million DKK, the standard statistical methods do not describe the data well. Also, there is about 6 % of the events larger 10 million DKK but they sum up to about 40 % of the total loss amount.

To continue our analysis we have to find the threshold for Peaks over threshold analysis. This will be discussed later. The threshold will be denoted  $u$ . Claims which are larger than  $u$  will be assumed to behave statistically equally. Now, mathematics of extreme value theory gives, if  $X$  is an insurance claim:

$$P[X > u + x | X > u] \approx \left(1 + \frac{\gamma x}{\sigma}\right)^{-1/\gamma} \quad (1)$$

where  $\sigma > 0$  and  $\gamma \in \mathbf{R}$  are called parameters. This expression is in plain English “the probability that  $X$  is larger than  $u+x$  given that  $X$  is larger than  $u$ ”. The approximation becomes an equality if one increases the threshold. The right hand expression in the formula is the survival function of the generalized Pareto distribution. In the Peaks over threshold method we can use the excess values to estimate the unknown parameters  $\gamma$  and  $\sigma$ . Of course, for different data or extreme phenomena one has different values of  $u$ ,  $\gamma$  and  $\sigma$ , but still the generalized Pareto distribution. With the estimated parameters we can calculate properties of large values such as quantiles and the probability that a certain event occurs.

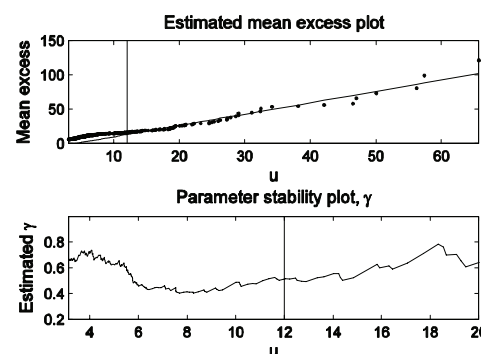
We will present two graphical tools for finding the threshold  $u$ : Mean-Excess plot and parameter stability plot.

- **Mean Excess plot:** By properties of the generalized Pareto distribution one has that if the distribution is valid over a given threshold  $u_0$  then it is also valid over a threshold  $u > u_0$ . Straight forward calculations give that the expected excess over a given threshold is linear in  $u$ . In other words, if we plot the estimated mean excess over a given threshold we should choose  $u$  when it behaves linearly (like a straight line).
- **Parameter stability plot:** By properties of the generalized Pareto distribution one has that the parameter  $\gamma$  from Equation 1 should be constant in  $u$  over a threshold  $u_0$  if the generalized Pareto distribution is valid. Hence, we plot the estimated  $\hat{\gamma}$  against  $u$  and look for a stable (flat) region. Also, there is a parameter stability plot with a version of  $\sigma$ .

We once again point to the references for a more in-depth description. In Figure 4 we have the mean excess plot and parameter

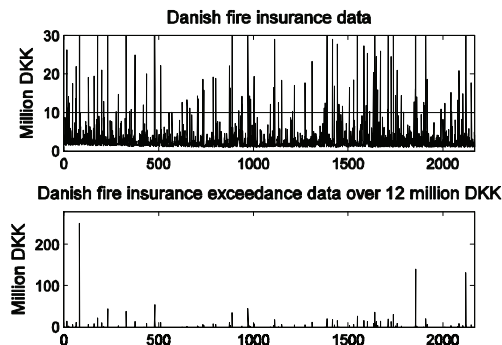
stability plot of  $\hat{\gamma}$  for the Danish fire insurance claim data. The hat on top of  $\gamma$  denotes that the parameter is estimated. The estimation method is maximum likelihood.

Figure 4: Top plot: Mean excess plot for danish fire insurance claims. Straight line fitted over threshold 12 million DKK. Bottom plot: Parameter stability plot for estimated  $\hat{\gamma}$ ?



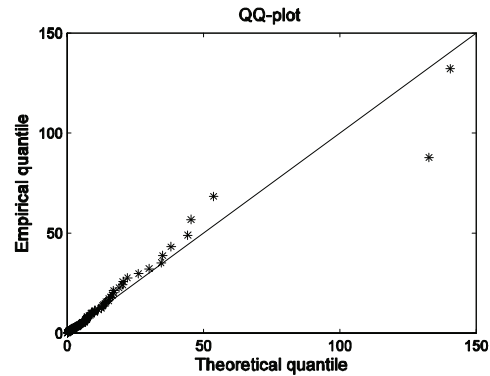
We interpret Figure 4 in the following way: In the bottom plot one can see two stable (flat) regions. The first one is for  $u=(6,10)$  and the second is for  $u=(11,14)$ . However, if we chose the first region then we could not draw a straight line through the data due to the “bump” for  $u < 10$  in the top plot. Hence, as a combination of the mean excess plot and the parameter stability plot the analysis gives us  $u=12$ , which has been marked in Figure 4 leading to 85 excesses as a reasonable choice. The excess data can be found in Figure 5. Observe that selecting the threshold is not an exact science and could easily lead to different choices if different people conduct the analysis. A sound strategy is to continue the analysis with several different thresholds and see how the main questions, in this case the 0.999-quantile, is affected by the threshold choice.

Figure 5: Top plot: Danish fire insurance claims with threshold 12 million DKK. For reasons of presentation values over 30 million DKK are truncated. Bottom plot: Excesses over the threshold.



Now, when we have selected the threshold  $u$ , it is straight forward to estimate the unknown parameters  $\gamma$  and  $\sigma$  from the exceed data, using a statistical program such as R, Splus or Matlab. Details on estimation can be found in the references. The estimated parameters are  $\hat{\gamma} = 0.52$  and  $\hat{\sigma} = 7.55$  million DKK with 95 % confidence interval (0.27,0.9) for  $\gamma$  respectively (5.22,10.66) for  $\sigma$ . The confidence intervals are calculated via profile likelihood which is described in Coles (2001). Also, with a qq-plot one can see how well the model fits. This is illustrated in Figure 6. A qq-plot compares the theoretical model, i.e. the generalized Pareto distribution, with the observed data. If the dots are close to the straight line then the model is acceptable which in this case it seems to be.

Figure 6: QQ-plot of fitted model of the Danish fire insurance claims.

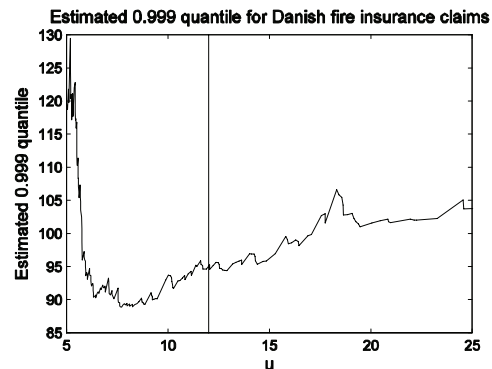


Now we are prepared to find the 0.999-quantile. Using straight forward calculations from Equation 1, noting that a  $p$ -quantile occurs with probability  $p$ , i.e.  $P[X > x_p] = 1-p$ , we end up with

$$x_p = u + \frac{\sigma}{\gamma} \left( \left( \frac{1-p}{P[X > u]} \right)^{-\gamma} - 1 \right)$$

where  $x_p$  is the value of the  $p$ -quantile. We can estimate  $P[X > u]$  as the proportion of data over the threshold  $u$ , 0.05 in our case. In Figure 7 we have depicted the 0.999-quantile as a function of the threshold.

Figure 7: Estimated 0.999 quantile of the Danish fire insurance claims.



The quantile seems stable in the neighbourhood of the selected threshold  $u=12$  which in addition to the mean-excess plot and parameter stability plot indicates a good threshold selection. Using this threshold we conclude that 99.9 % of the claims is estimated to be smaller than  $x_{0.999} = 95.6$  million DKK, with 95 % profile likelihood confidence interval (64,203) million DKK. The confidence interval is quite wide and could be lowered with a larger data set. This could be done by using a longer time interval than 1980-1990 or that insurance companies could share information about extreme events. However, the nature of extreme events is volatile and uncertainty is large. It is of course tempting to estimate higher quantiles and this is indeed possible but should be handled with extreme care. The estimated quantile could be used in risk management as a risk measure of the insurance portfolio and/or helping a insurance company selecting its reinsurance level.

### Extensions

---

In the sections above the analysis has been conducted with observations which are independent and identically distributed in one dimension, i.e. the Danish fire insurance claims

occur individually and behave in the same way. One can say that this is a naive way to model real phenomena. However, there exist well understood theory and statistical methodology for multivariate, time-dependent and non-stationary data but this lies outside the scope of this text. Examples of multivariate data are modelling of high wind speed and large amounts of rain which tend to be dependent and the empirical fact that in a stock crash the stocks seem to fall together. Time-dependent data are for instance stock data where a large absolute movement often is followed by another large absolute movement. Non-stationary data is for example data marked by seasonality such as temperature and of course phenomena changed due to a global environmental effect. For an interesting introduction and in-depth reading on the subject the references are a good starting point.

### References

- Coles, S. G. (2001) *An Introduction to Statistical Modeling of Extreme Values*. Springer, London.
- Embrechts, P., Klüppelberg, C. and Mikosch, T. (1997) *Modelling Extremal Events for Insurance and Finance*. Springer, Berlin.

## Innovation i forsikringsbranchen

af Olaf Valentin Kjær og Mikkel Bønnelycke



Olaf Valentin Kjær  
okjaer@deloitte.dk

*Innovation og udvikling af nye forretningsmodeller er kommet i fokus, når der skal skabes vækst. Virksomhedernes omkostninger forbundet med at bringe nye produkter på markedet er fordoblet i løbet af de seneste ti år. Ikke desto mindre viser det sig, at mellem 60 og 80 procent af nye produkter er fejlskud – er det et resultat af manglende styring af innovationsprocessen?*

*Denne artikel diskuterer, hvorfor innovation i forsikringsbranchen er påkrævet for at skabe vækst, eksempler på ekstern „bedste praksis“ samt vigtige succesfaktorer i styringen af innovationsprocessen. Endelig opstiller artiklen en model for, hvordan innovationsprocessen kan styres fra idé til implementering.*



Mikkel Bønnelycke  
mboennelycke@deloitte.dk

### Innovation i forsikring

Forsikringsbranchens „geografiske“ grænser er gennem de seneste tyve år langsomt men sikkert blevet opløst, og branchen har ofte ageret foregangsbranche for internationaliseringen. Reduktion af barrierer er en væsentlig årsag til bølgen af fusioner og opkøb, der skyllede ind over Norden og Europa i slutningen af 1990'erne.

Disse strukturelle ændringer er sket samtidig med, at investorenes krav til såvel vækst som værdiskabelse er skærpet markant.

Konsolideringen har grundlæggende ændret industristrukturen og derved konkurrencesituationen på det danske forsikringsmarked. Den nordiske fusionsbølge har skabt en

høj koncentration i forsikringsbranchen, hvor de fire største spillere i Danmark kontrollerer 60 procent af markedet<sup>1</sup>. Mulighederne for vækst gennem fusioner og opkøb er blevet stadig mere begrænsede, hvorfor virksomhederne i stigende grad vender blikket ind. Innovation og udvikling af nye forretningsmodeller er derfor kommet i fokus, når der skal skabes vækst.

Innovation er således kommet på dagsordenen: „*Every unit of the business should have clear responsibility and definite goals for innovation.*” – Peter Drucker, *The Practice of Management*, 1954.

Olaf Valentin Kjær er director og Mikkel Bønnelycke er konsulent hos Deloitte Business Consulting.

### **Boks 1: Fusioner i den europæiske finansielle sektor**

Mellem 1999 og 2004 udgjorde fusioner og opkøb i den europæiske finansielle sektor 30 procent af alle globale fusioner og opkøb i denne sektor, svarende til handler for 109 milliarder euro („Cross-border consolidation in the EU financial sector“, EU Kommissionen, oktober 2005).

### **Den danske forsikringsbranche**

Flere af de dominerende aktører i den danske forsikringsbranche har i kølvandet på fusionsbølgen været fokuseret på de store integrationsopgaver. Her har den teknologiske udvikling åbnet helt nye muligheder, som både har smidiggjort integrationsprocesserne og skabt en øget kompleksitet. Teknologien har eksempelvis åbnet muligheder for processinnovation som outsourcing og offshoring. Disse begreber er efterhånden blevet almindelige på danske direktionsgange.

Men på trods af konsolidering, globalisering og den hastige teknologiske udvikling er den danske forsikringsbranche karakteriseret ved en stabilitet, relancering af vækstagendaen og øget fokus på organisk vækst samt innovation.

- *Stabilitet:* Forsikringsbranchen har de senere år oplevet stabil vækst og god indtjeningsudvikling. Virksomhederne er vokset stabilt og lønsomt blandt andet baseret på en gennemsnitlig årlig vækst i præmieindtægter på 8,2 procent<sup>2</sup> i perioden 2000 til 2004.
- *Relancering af vækstagenda:* Fokus er igen flyttet fra bundlinjen til topline<sup>3</sup>. Forsikringsbranchen har forbedret lønsomheden, og Combined Ratios er forbedret over hele linjen<sup>4</sup>. Hvor der tidligere har været et skarpt øje på omkostningerne, fokuserer topcheferne i de finansielle virksomheder i disse år også på vækst som middel til værdiskabelse.

- *Fokus på organisk vækst:* Fremtidig vækst vil i høj grad skulle genereres organisk. Analyser af de globale finansielle markeder viser, at selv om der fortsat er fokus på vækst gennem fusioner og opkøb, prioriterer virksomhederne i stigende grad organisk vækst højt<sup>5</sup>.
- *Innovation på dagsordenen:* Der må forventes en betydelig investering i innovative tiltag.

Den danske forsikringsbranche har længe været inde i en god udvikling, og aktørerne har de senere år været „Fat and Happy“. Meget få brancher har i virkeligheden udviklet samme stabilitet som forsikringsbranchen – måske med undtagelse af fiskeri, landbrug og musik.

### **Innovation i forsikringsbranchen hidtil**

Innovation i forsikringsbranchen har været præget af begrænsede justeringer og produktforbedringer primært for at dække specifikke ændringer i markedsbehov og ny lovgivning.

- Branchen startede med at forsikre besiddelser som skibe og ejendomme (de største værdier på det tidspunkt).
- Først meget senere blev mennesker så værdifulde, at de også blev omfattet af forsikringer gennem livs- og ulykkespolicer.
- Senest er „risikoen“ for at leve længe nu blevet et forsikringsobjekt gennem pensioner.

På trods af justeringer og produktforbedringer er teknologien bag forsikringsprodukterne og branchens grundlæggende forretningsmodel i stor udstrækning uforandret gennem århundredet. Teknologi og forretningsmodel er samtidig den innovationsfaktor, som virksomhederne har bedst mulighed for at kontrollere<sup>6</sup>.



## Pengeinstitutterne ændrer forretningsområder gennem innovation

Modsat forsikringsbranchen har pengeinstitutterne i stor udstrækning formået at udvikle nye produkter og services. Pengeinstitutterne har eksempelvis på relativt kort tid ændret betalingsformidling fundamentalt – fra kontanter og checks over betalingskort og dankort til net- og mobilbetalinger.

På samme vis har pengeinstitutterne gennem teknologisk drevet proces- og serviceinnovation udviklet kundebetjening fra personlig betjening til at yde betjening over telefon, telebank, onlinebank og netbank.

Forsikringsbranchen har hidtil i høj grad fokuseret på begrænset produktudvikling, hvorfor der er risiko for, at de nye produkter ligner de eksisterende og derved er enkle at kopiere som eksempelvis produktforsikring, hospitalsforsikring, kritisk sygdom, lønforsikring og tab på fast ejendom.

Deloitte's analyse af den globale finanssektor viser, at kunderne ikke har særskilt interesse for nye produkter. Derimod efterspørger kunderne først og fremmest positiv service, at blive værdsat som kunde samt bekvemmelighed og brugervenlighed.

### Boks 2: Omkostningen ved innovation

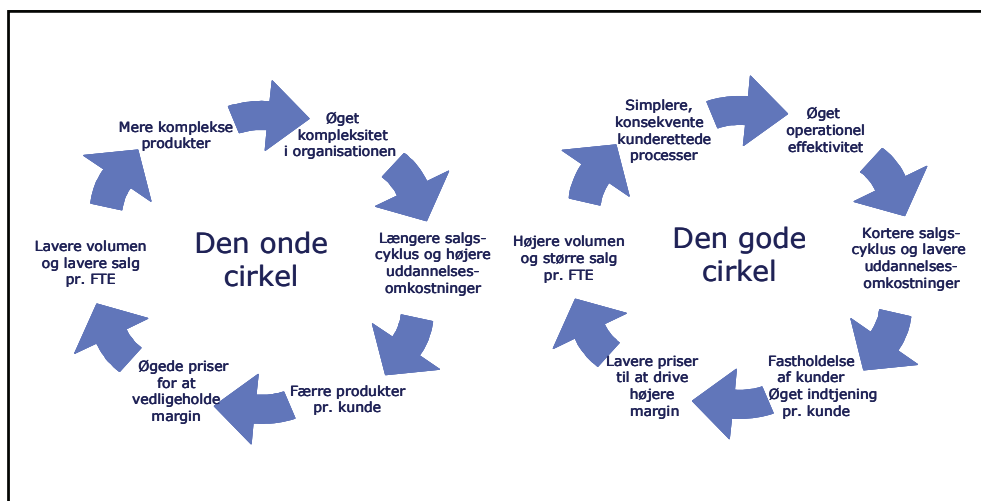
Analysen viser, at omkostningerne forbundet med at bringe nye produkter på markedet er fordoblet i løbet af de seneste ti år, og at mellem 60 og 80 procent af nye produkter er fejlskud („Glittering Prize – How Financial Institutions Can Drive Growth through Process and Service Innovation“, Deloitte Research).

Procesinnovation er vanskeligere at kopiere, men forsikringsselskaberne har ikke haft samme fokus på fornyelse af processer og services som af produkter. De senere års væsentligste tiltag inden for procesinnovation omfatter Autohjælp, Lånebil, Skadebehandling via internettet, Call Center og Scalepoint.

Procesinnovation betyder typisk mere komplekse innovationsprojekter, som ofte fravælges på grund af den større risiko og manglende udviklingskompetence.

### Den gode og onde innovationscirkel

Virksomheder, der ønsker at opnå organisk vækst baseret på innovation, bør vælge innovationsstrategi med omhu og allokere de nødvendige ressourcer til at understøtte innovationsprocessen.



**Boks 3: Fornyelse eller „Business as Usual“?**

*Ambitiøse innovationsprojekter fravælges ofte pga. den større risiko og manglende udviklingskompetence.*

En snæver opfattelse af innovation er årsag til, at innovationsprojekter ofte ender i den onde cirkel, hvor nye idéer komplicerer forretningssystemet i stedet for at berige det; Gennem produkt-orienteret innovation udvikles produkter, der i kraft af høje udviklingsomkostninger og høj kompleksitet påvirker profitabiliteten negativt. Det bunder dels i kundernes manglende forståelse af produktet, og dels i de relaterede systemer og processer, der i kraft af deres kompleksitet bliver en hæmsko for organisationen. Særligt i forsikringsbranchen har implementeringen af en række nye systemer og processer faktisk ofte medvirket til at reducere virksomhedens evne til hurtig omstilling. I forsøg på at genvinde kunder og profitabilitet udvikles efterfølgende nye produkter og systemer, der blot forværrer situationen. Dette er typiske karakteristika for den onde innovationscirkel.

Den gode innovationscirkel er derimod kendetegnet ved en mere helhedsorienteret

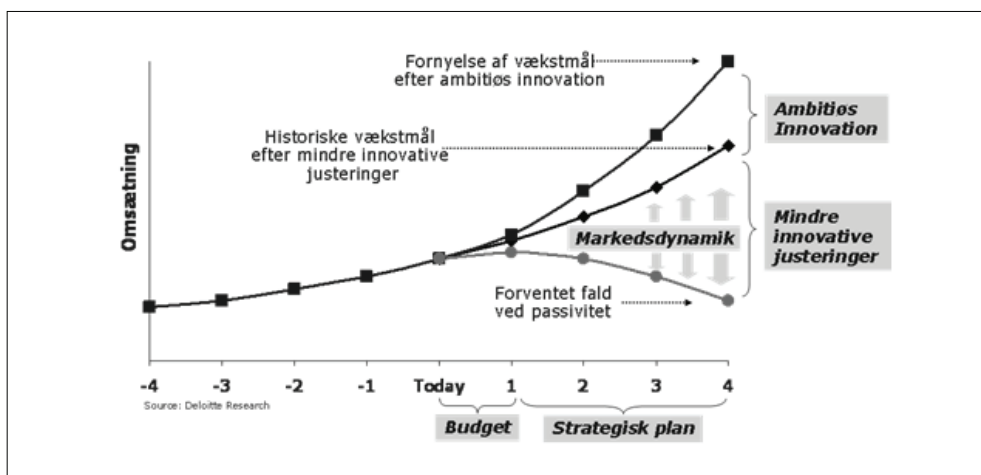
tilgang til innovation. Styring af innovation skal opfattes bredere, idet den både omfatter nye produkter, som indgår i virksomhedens forretningsplaner, og nye processer og metoder, som skal realisere produktudviklingen.

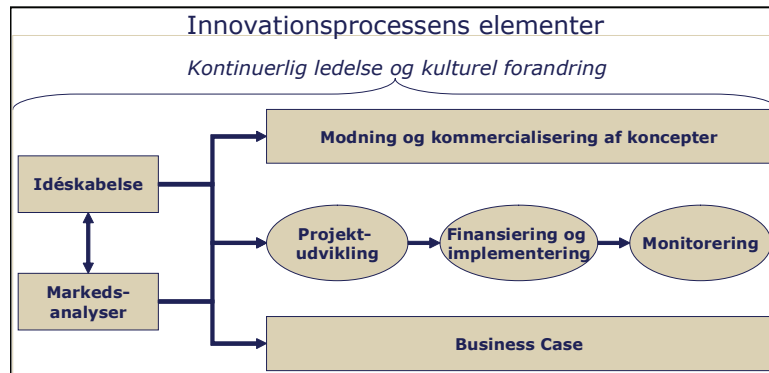
**Styring af innovation begrænser risikoen**

En succesfuld styring af innovationsprocessen kræver mangeartede kompetencer i form af ledelsesfokus, idéudvikling, markedsindsigt, forsikringsforståelse, projektledelse, overvågning af Return on Investment samt opfølgning. De elementer, der tilsammen danner grundlaget for at etablere en vækstskabende innovationsproces, er skitseret i figuren på næste sida.

**Idéskabelse**

Innovation sidestilles ofte med kreativitet og nye idéer. I langt de fleste tilfælde er det imidlertid ikke omfanget af nye idéer, der er problemet, men i langt højere grad virksomhedens evne til at udvikle og kapitalisere idéerne. For eksempel er det en god idé at samle idéer til nye produkter, services og processer i en pulje for herefter at prioritere, videreudvikle og konkretisere de bæredygtige idéer.





### Analyse

Analysefasen er essentiel for fastlæggelsen af produktets idé og indhold samt værdi for henholdsvis forsikringstager og forsikringsleverandør. Det er i denne fase, at produktets eksistensberettigelse i markedet defineres ved hjælp af markedsanalyser samt kortlægning af konkurrenternes strategier og aktiviteter. Manglende markedsindsigt og analyse er ofte årsag til, at den gode innovationscirkel brydes.

### Opstilling af forretningsmodeller

En organisations eksisterende strukturer, kultur og tilgang til innovation er ofte en af de største barrierer for at etablere en effektiv innovationsproces. Virksomheden bør skabe et sundt innovationsmiljø og en kultur, der stimulerer idéskabelse. Dette kræver ledelsesmæssig opbakning og engagement samt en velunderstøttet og klart beskrevet proces. Måling af præstation og belønning af bidrag til innovation er i denne sammenhæng også vigtigt. I forhold til udviklingen af nye produkter, services og processer bør der i processen foretages en analyse af de organisatoriske konsekvenser og en grundig vurdering af indtjeningspotentiale og omkostninger. Det kan i den forbindelse overvejes at indgå joint ventures eller alliancer for at opnå kritisk masse.

### Formulering af cases

Ved at formulere produktcases sikrer virksomheden produktets bæredygtighed. Dette indebærer identifikation af omkostninger ved lancering og drift af produktet, vurdering af de kvalitative aspekter af produktet samt den endelige opstilling af en produktcase med kvantitative og kvalitative parametre.

### Implementering

Innovation kræver stærk projektledelse og indgående forsikringsforståelse – en kombination, som meget få har. Finansielle virksomheders værdiskabelse er i høj grad bestemt af deres evne til at tilpasse sig dynamiske omgivelser. De senere års udvikling har derfor gjort det mere nødvendigt end nogensinde at tilpasse og forberede organisationerne til forandring. Derfor orienteres virksomheder i stigende grad mod projektorganisering, projektstyring og projektansættelser. I forhold til at sikre en god innovationsproces er det også vigtigt at etablere en effektiv projektorganisation, udarbejde en projektplan og et projektbudget samt udforme de organisatoriske forudsætninger for produktlanceringen.

### Monitorering

Endelig bør der foretages en systematisk opfølgning og monitorering af implemente-

ringen. Dette kan eksempelvis gøres ved at måle den potentielle salgs- eller prisforøgelse og identificere omkostningsbesparelser eller operationelle forbedringer. I forhold til exitfasen bør virksomheden sikre et ansvarligt lederskab. Det er i denne fase vigtigt at måle Return on Investment af porteføljen og nøje overveje timing af exit.

Innovationsprocessen består således af mange elementer, der på tværs af organisationen bidrager til innovationsprocessen. Virksomheden opnår dog først en succesrig innovationsproces, når den etablerer og gennemfører hele processen end-to-end og opbygger en innovationsfremmende virksomhedskultur.

*„Innovation never stops, the minute you think you have it right, you are finished“,*

Vernon Hill, CEO, Commerce Bancorp, 2004

#### Noter

- <sup>1</sup> Finanstilsynet: „Markedsudvikling 2004 for skadesforsikringsselskaber“.
- <sup>2</sup> Finanstilsynet: „Markedsudvikling 2004 for skadesforsikringsselskaber“, Opgørelsen af præmieindtægter er baseret på indberetninger fra de institutter, der var på markedet i årene 2000-2004.
- <sup>3</sup> „Glittering Prize – How Financial Institutions Can Drive Growth through Process and Service Innovation“, Deloitte Research.

<sup>4</sup> Finanstilsynet, Insurance Information Institute samt årsrapporter for Topdanmark, Tryg, Codan og Alm. Brand,

<sup>5</sup> „Glittering Prize – How Financial Institutions Can Drive Growth through Process and Service Innovation“, Deloitte Research,

<sup>6</sup> Det skal her bemærkes, at teknologisk succes ofte afhænger mere af evnen til implementering end selve teknologien.

#### Referencer

*Mastering Innovation – Exploiting Ideas for Profitable Growth*, Deloitte Research, New York, 2004.

*Unlocking the Value of Globalisation – Profiting from Continuous Optimisation*, Deloitte Research, New York, 2005.

*Global Manufacturing 100*, Deloitte Research/CSFB HOLT Value Associates, New York, 2002.

*Cross-border consolidation in the EU financial sector*, EU Kommissionen, oktober 2005.

*Finansiel Stabilitet 2003*, Danmarks Nationalbank, 2003.

*Markedsudvikling 2004 for skadesforsikringsselskaber*, Finanstilsynet.

*Annual Report on the global financial services*, Mercer Oliver Wyman, 2005.

*Myth vs. Reality in Financial Services – What Your Customers Really Want*, Deloitte Research.

*Deloitte M&A survey*, Deloitte Research/DC analysis, 2000.

# Dubbelförsäkring enligt FAL

av Karl Annell



Karl Annell  
karan934@student.liu.se

Reglerna om dubbelförsäkring som fanns i lag om försäkringsavtal (1927:77), nedan kallad GFAL, har reducerats kraftigt i och med införandet av försäkringsavtalslagen (2005:104), nedan kallad FAL.

Reglerna om subsidiär försäkring, som fanns i GFAL, har inte införts i FAL och det har vidare införts tvingande regler, som innebär att dubbelförsäkringsförbehåll inte kan göras gällande.

Andra förändringar, som följer med FAL, är att det inte längre finns någon lagstadgad plikt att informera försäkringsbolagen om att dubbelförsäkring föreligger. Vidare har försäkringsbolagen förlorat möjligheten att göra sitt ansvar beroende av att det försäkrade intresset till viss del hålls oförsäkrat.

I artikeln behandlas dels de förändringar avseende dubbelförsäkring som FAL bär med sig, dels dubbelförsäkring i ett vidare, mer allmänt, perspektiv.

## Dubbelförsäkring

Dubbelförsäkring föreligger när samma intresse är försäkrat hos flera försäkringsbolag. Med samma intresse förstås att försäkringarna skyddar mot samma fara – den statistiska sannolikheten för att en viss händelse skall drabba den försäkrade egendomen – samtidigt som försäkringarna täcker samma förlustpost. Det är alltså inte fråga om dubbelförsäkring i det fall en egendoms- och en ansvarsförsäkring täcker samma skada eftersom det då inte är samma intresse som är försäkrat. Anledningarna till att ett och samma intresse blir försäkrat kan variera och i det följande görs därför en exemplifiering av några sådana fall:

- Om en försäkringstagare *tecknar* två försäkringar, som helt eller delvis avser en och samma risk hos flera bolag. En sådan situation uppstår exempelvis om försäkringstagaren tecknar brandförsäkring som avser en och samma byggnad i två försäkringsbolag.
- Om en försäkringstagare *omfattas* av två försäkringar, som helt eller delvis avser en och samma risk hos flera bolag – exempelvis

Aff. jur. mag. Karl Annell har nyligen avslutat sina studier på det affärsjuridiska programmet med Europainriktning vid Linköpings Universitet. Artikeln är ett sammandrag av hans magisteruppsats (10p) "Dubbelförsäkring och subsidiär försäkring enligt FAL (2005:104) ur företagsförsäkringsbolagens perspektiv". Handledare: Professor Harald Ullman (vt 2006).

när en reparatörs/legotillverkares försäkring omfattar kunders egendom samtidigt som kunderna själva har försäkrat egendomen.

- Om en försäkringstagare tecknar en *subsidiär försäkring*. En subsidiär försäkring kan tecknas då exempelvis en beställare av en fabriksanläggning försäkras sig mot att uppföraren av anläggningen inte är försäkrad eller inte har ett fullgott försäkringsskydd samtidigt som uppföraren har tecknat en egen försäkring.

Eftersom det, för att dubbelförsäkring skall föreligga, krävs att försäkringarna skall täcka samma förlustpost påverkas omfattningen av dubbelförsäkringssituationen i det fall försäkringsbolagen tillämpar olika regler beträffande exempelvis ersättningsnedsättning eller självrisk. Även värderingen av skadans storlek vid skaderegleringen har betydelse för om dubbelförsäkring är för handen. Om ett bolag tillämpar strängare nedsättningsregler än ett annat, vid exempelvis brott mot säkerhetsföreskrifter, medför det att ansvaret för bolaget med de strängare reglerna inträder senare än för bolaget med de generösare reglerna. Gränsen för när försäkringarna täcker samma förlustpost – och således också gränsen för när dubbelförsäkring anses föreligga – är därför beroende av bolagens ersättningsregler.

Dubbelförsäkring kan uppstå såväl när *en* försäkringstagare försäkrat ett och samma intresse i flera bolag som när *olika* försäkringstagare försäkrat samma intresse i flera bolag. Att flera försäkringar som avser samma intresse tecknas kan följa av exempelvis ett misstag från försäkringstagarens sida eller till följd av att flera försäkringstagare var för sig och oberoende av varandra har tecknat försäkring som avser ett och samma intresse. I vissa fall försäkras dock ett och samma intresse medvetet i flera bolag till följd av att försäkringssumman är så pass hög att det inte är möjligt att teckna hela försäkringen i ett för-

säkringsbolag. Om försäkringen i ett sådant fall ”delas upp” mellan olika försäkringsbolag, samtidigt som bolagens sammanlagda ansvarsbelopp inte överstiger försäkringsvärdet, benämns försäkringen andelsförsäkring. Vid andelsförsäkring svarar varje försäkringsbolag för sitt ansvarsbelopp och dubbelförsäkringssituationen som uppstår vid andelsförsäkring är därför tämligen okomplicerad och kommer därför inte att behandlas i det följande. Om det försäkrade intresset däremot delas upp mellan flera försäkringsgivare, till exempel då olika delar av en byggnad försäkras i olika bolag, rör det sig inte om andelsförsäkring och inte heller om dubbelförsäkring. Vid sådan koassurans, eller samförsäkring, är det nämligen inte samma intresse som försäkrats hos flera försäkringsgivare.

Det är huvudsakligen två problem som aktualiseras vid dubbelförsäkring; dels hur ansvaret mellan olika försäkringsbolag skall fördelas när summan av ansvarsbeloppen överstiger vad den försäkrade är berättigad att erhålla, dels frågor som rör försäkringsbolagens behov av att få information om andra försäkringar. När reglerna om ansvarsfördelning behandlas är det viktigt att skilja på försäkringsbolagens ansvar *gentemot den försäkrade* och ansvaret *försäkringsbolag emellan*. Enligt 6 kap. 4 § 1 p. FAL har den försäkrade alltid rätt att välja vilket bolag som denne vill kräva på ersättning (relationen mellan den försäkrade och försäkringsbolaget), men det innebär inte att bolagens slutliga ansvar (relationen mellan olika försäkringsbolag) avgörs av vilket bolag som den försäkrade väljer att kräva ersättning från.

#### Ansvarsfördelning enligt FAL

Enligt 6 kap. 4 § 1 p. FAL skall försäkringsbolagen alltid svara primärt solidariskt *gentemot den försäkrade* vid dubbelförsäkring. Den försäkrade kan alltså kräva varje försäkringsbolag på det ansvarsbelopp som bolaget skall svara med, det vill säga det belopp som

bolaget hade svarat med om det ensamt hade meddelat försäkring. Den försäkrade har dock, enligt 6 kap. 4 § 2 p. FAL, inte rätt att sammanlagt utfå ersättning som överstiger vad som svarar mot skadan. Bolagen får i sådana fall fördela ansvaret sinsemellan och regressansvaret är då subsidiärt solidariskt vilket innebär att ett bolag som betalat ut hela ersättningen endast kan kräva de andra bolagen på deras respektive delar.

*Exempel:*

En egendomsskada uppgår till 10 000 kr och egendomen är försäkrad i två försäkringsbolag, FB<sub>1</sub> och FB<sub>2</sub>, vilka båda har ansvarsbeloppet 8000 kr. Den försäkrade kan välja att kräva exempelvis FB<sub>1</sub> på 8000 kr men får då inte kräva FB<sub>2</sub> på mer än 2000 kr. Eftersom de sammanlagda ansvarsbeloppen överstiger vad som svarar mot skadan (8000 + 8000 > 10 000) fördelas ansvaret mellan försäkringsbolagen på följande vis enligt 6 kap. 4 § 3 p. FAL:

$$\text{Ansvar FB}_1 = \frac{\text{ansvarsbelopp FB}_1}{\text{ansvarsbelopp FB}_1 + \text{ansvarsbelopp FB}_2} \times \text{skadans storlek}$$

$$\text{Ansvar FB}_2 = \frac{\text{ansvarsbelopp FB}_2}{\text{ansvarsbelopp FB}_1 + \text{ansvarsbelopp FB}_2} \times \text{skadans storlek}$$

I exemplet svarar således bolagen för 5000 kr vardera, varför FB<sub>1</sub> genom regress kan kräva FB<sub>2</sub> på 3000 kr.

**Anmälningsskyldighet och försäkring av självrisk vid dubbelförsäkring**

Enligt 44 § GFAL var en försäkringshavare, som framställde anspråk med anledning av ett inträffat försäkringsfall, skyldig att, på anmodan från försäkringsbolaget, informera försäkringsbolaget om att det försäkrade intresset var försäkrat även på annat håll. Om den försäkrade försummade att lämna uppgift om annan försäkring kunde försäkringsbolaget sätta ner ersättningen under förutsättning att försummelsen varit till men för bolaget. Någon motsvarighet till denna anmälningsskyldighet finns ej i FAL och försäkringsbolagen har även förlorat möjligheten att göra sitt ansvar beroen-

de av att det intresse som försäkringen avser till viss del hålls oförsäkrat. Försäkringsbolagen är därför numera hänvisade till andra, mindre långtgående, åtgärder för att få försäkringstagaren att handla lojalt mot bolagen.

Det kan, särskilt med beaktande av att försäkringsbolagens ansvar alltid är primärt solidariskt gentemot den försäkrade enligt FAL, ifrågasättas varför FAL inte innehåller någon regel om anmälningsskyldighet motsvarande den som fanns i GFAL. För att försäkringsbolagen, i händelse av dubbelförsäkring, skall kunna föra regresstalan avseende utbetald ersättning mot andra bolag måste nämligen bolagen vara medvetna om att dubbelförsäkring föreligger. Eftersom det enligt FAL inte finns någon skyldighet för den försäkrade att lämna information om andra försäkringar kan försäkringsbolagen bli nödgade att ålägga den försäkrade en sådan anmälningsskyldighet i villkoren. Exempelvis har försäkringsbolaget Zürich för avsikt att införa en villkorstext med följande lydelse:<sup>1</sup>

*Vid försäkringsfall är försäkringstagaren och den försäkrade skyldiga att upplysa Zürich om annan försäkring som kan antas vara tillämplig för försäkringsfallet. Försummas det kan ersättningen från Zürich sättas ned, eller återkrävas, bl. a. med hänsyn till den skada det medför för Zürich.*

Påföljden som följer med försummelse att anmäla att annan försäkring finns bygger på stadgandet i 7 kap. 2 § FAL som i viss mån motsvarar 21 § GFAL. Om den försäkrade har försummat att följa ett villkor om skyldighet att medverka till utredningen av bolagets ansvar kan bolaget sätta ned ersättningen till den försäkrade eller återkräva redan utbetald ersättning efter vad som är skäligt. Villkoret som Zürich står i begrepp att införa ålägger således den försäkrade en sanktionerad skyldighet att, vid inträffat försäkringsfall, informera försäkringsbolaget om andra befintliga försäkringar. Bristen på en regel om anmälningsskyldighet i FAL kan alltså avhjälpas genom att det i försäkringsvillkoren införs en anmäl-

ningsplikt. I förarbetena till FAL finns det inget som talar emot att försäkringsbolagen inför en sådan anmälningsplikt; förarbetena till FAL ger snarare uttryck för att det är lagstiftarens mening att försäkringsbolagen skall kunna avtala om anmälningsplikten.

Beträffande försäkringsbolagens förlorade möjlighet att göra försäkringen beroende av att visst intresse hålls oförsäkrat kan det konstateras att det eventuellt kan leda till höjda försäkringspremier och en strängare riskbedömning. Det kan nämligen antas att en försäkringstagare som i ett bolag försäkrat den självrisken som skulle dras från ersättningen ur en annan försäkring förlorar incitament att förhindra eller begränsa skada eftersom försäkringsfallet i ett sådant fall inte medför några kännbara ekonomiska konsekvenser för försäkringstagaren. Sannolikt kan dock en sådan anmälningsplikt som behandlats i det föregående komma att medföra att försäkringsbolagen blir varse i vilken utsträckning som självrisken täcks genom annan försäkring. Anmälningsplikten träder visserligen först in när försäkringsfallet väl inträffat men en anmälningsplikt kan, sett i ett långsiktigt perspektiv, bidra till att försäkringsbolagen får information om i vilken utsträckning försäkringstagare tenderar att dubbelförsäkra samma intresse. Utifrån en ökad vetskap kan försäkringsbolagen, vid premiesättning och riskbedömning, ta hänsyn till att självrisken är försäkrad hos ett annat bolag vilket torde minska risken för en kraftig premieökning. En anmälningsplikt kan därför komma att få positiva effekter avseende förutsebarheten beträffande den försäkrade risken – trots att självrisken försäkrats i ett annat bolag.

### **Dubbelförsäkringsöverenskommelsen – DÖ**

I detta avsnitt redogör jag för Dubbelförsäkringsöverenskommelse – företag 2005 (DÖ) och jag vill därmed dels belysa hur DÖ påverkas av reglerna i FAL, dels beskriva hur DÖ är

uppbyggd och hur den skall tillämpas. Anledningen till att jag har valt att analysera DÖ är att en ökad förståelse för DÖ och dess tillämpningsområden, till följd av DÖ:s vida spridning, är av central betydelse då ämnet dubbelförsäkring behandlas.

6 kap. 4 § 3 p. FAL är dispositiv och försäkringsbolagen kan därför avtala fritt om hur ansvaret skall fördelas *mellan bolagen* vid dubbelförsäkring; DÖ är ett exempel på ett sådant avtal. DÖ tillämpas på dubbelförsäkringssituationer som uppstår vid egendoms-, ansvars- och avbrottsförsäkringar<sup>2</sup> och reglerar hur ansvaret skall fördelas mellan de bolag som anslutit sig till DÖ. Genom att ansluta sig till DÖ förbinder sig försäkringsbolagen att tillämpa DÖ:s fördelningsregler. Syftet med DÖ är att hanteringen av dubbelförsäkringssituationer skall förenklas och överenskomsten utgör ett alternativ till FAL:s regler om ansvarsfördelning. För att DÖ skall kunna tillämpas krävs det att dubbelförsäkring föreligger mellan olika försäkringstyper, försäkringstagare eller försäkrade. Om en och samma försäkringstagare tecknar två exakt likadana försäkringar i flera försäkringsbolag avseende samma intresse är DÖ således inte tillämplig eftersom det då inte finns någon skillnad mellan försäkringarna eller något partsförhållande mellan olika försäkringstagare som kan avgöra vilket försäkringsbolag som skall ersätta skadan.

### **Ansvarsfördelning enligt DÖ**

Eftersom reglerna om försäkringsbolagens ansvar gentemot den försäkrade (6 kap. 4 § 1, 2 p. FAL) är tvingande kan bolagen inte avtala om vilket ansvar de skall ha gentemot den försäkrade vid dubbelförsäkring. Bolagen har dock rätt att avtala om hur ansvaret skall fördelas dem emellan såsom de gjort genom DÖ. Ansvarsregleringen sker genom att DÖ delar in försäkringar i primära och sekundära försäkringar, där det försäkringsbolag som har meddelat den primära försäkringen slutli-



gen skall ersätta skadan. Ett bolag som utgett ersättning ur en primär försäkring har i regel<sup>3</sup> inte rätt att rikta återkrav mot det bolag som meddelat den sekundära försäkringen.<sup>4</sup> DÖ:s fördelningsregler är beroende av om de försäkrade har avtalat om ansvarsfördelning eller om skyldighet att teckna försäkring. Om en försäkringstagare genom avtal har åtagit sig att stå risken för eller teckna försäkring avseende viss skada är det dennes försäkring som skall vara primär och således tas i anspråk vid inträffad skada. Saknas sådant avtal tillämpas en fastslagen tabell för att avgöra vilken av försäkringarna som är primär. Tabellen är indelad i kategorierna egendoms-, ansvars- och avbrottsförsäkring och den tillämpliga regel som är placerad högst i tabellen är den som skall användas.

DÖ ger uttryck för försäkringsbolagens strävan efter att minska administrationskostnader och att förhindra kostsamma tvister mellan bolagen och tar, till skillnad från FAL:s regler om ansvarsfördelning, inte hänsyn till att risken skall fördelas på det kollektiv som har bidragit till att betala den. DÖ sätter delvis FAL:s regler ur spel, eftersom DÖ medför att den primära försäkringen skall svara för hela risken medan ersättning inte alls skall utgå ur den sekundära försäkringen. Det har därför anförts att tillämpningen av DÖ kan leda till att ansvaret läggs på ”fel” försäkringskollektiv och att omfattningen av den försäkrade skaderisken således skulle vara underordnad de ekonomiska fördelar som följer med tillämpningen av DÖ. Enligt min mening är dock DÖ:s fördelningsregler på intet sätt godtyckliga eftersom jag har funnit att DÖ är grundad på tre principer vilka jag i det följande benämner avtals-, specialitets- och närhetsprincipen.<sup>5</sup> Principerna presenteras i det följande i den rangordning<sup>6</sup> de skall tillämpas enligt DÖ:

1. *Avtalsprincipen* innebär att om en försäkringstagare genom avtal har åtagit sig att stå risken för eller i skriftligt avtal har åtagit sig

att teckna försäkring avseende viss skada är det dennes försäkring som skall vara primär. Avtalsprincipen är överordnad fördelningsreglerna som framgår av tabellen i DÖ.

2. *Specialitetsprincipen* innebär att en försäkring som är specialiserad i förhållande till den försäkrade risken (exempelvis en brandförsäkring vid brand) är primär i förhållande till en mer allmän försäkring (exempelvis maskinförsäkring vid brand). Specialitetsprincipen finns uttryckt i DÖ:s tabell – p.1.1.1, p.1.2 st.1, p.2. och p.3.

3. *Närhetsprincipen* ger uttryck för att den försäkring som är tecknad av den försäkringstagare som har bäst möjlighet att påverka eller förebygga att skada inträffar skall vara primär. Närhetsprincipen tillämpas endast vid egendomsförsäkring och finns uttryckt i DÖ:s tabell – p.1.1.2, p.1.1.3, p.1.1.4 och p.1.2 st.2.

*Avtalsprincipen* grundas på att DÖ inte skall inkräkta på ett avtal om ansvarsfördelning som parterna har träffat. Till följd av att avtalsprincipen är överordnad såväl specialitets- som närhetsprincipen blir avtal om ansvarsfördelning eller försäkringsplikt alltid respekterade och DÖ inverkar således inte på avtalsfriheten i detta avseende.

En tillämpning av *specialitetsprincipen* innebär att det primära ansvaret läggs på den försäkring som, med hänsyn till riskbedömning, premiesättning och skadefrekvens, är bäst anpassad till det försäkrade intresset. Ett exempel på specialitetsprincipen är att en försäkring som tecknats för en särskilt angiven entreprenad eller leverans (projektförsäkring) är primär i förhållande till en försäkring som inte är projektförsäkring (årsförsäkring). Detta ger, enligt min mening, uttryck för att det försäkringskollektiv som tecknat den försäkring där premien är bäst anpassad i förhållande till den försäkrade risken är det kollektiv som skall bära det slutgiltiga ansvaret. En

tillämpning av FAL:s regler skulle däremot innebära att det försäkringskollektiv som tecknat den mer "allmänna" försäkringen skulle belastas av en skada som typiskt sett bör omfattas av en specialförsäkring. Detta skulle på sikt kunna komma att drabba det nyssnämnda kollektivet negativt i form av högre skadefrekvens som i sin tur skulle kunna leda till höjda premier.

*Närhetsprincipen* innebär att det försäkringsbolag som försäkrat den försäkrade som står "närmast" den försäkrade risken skall svara primärt. Principen synes grunda sig på att den som har bäst möjlighet att påverka eller förekomma en skadas inträffande bör vara den som skall bära risken för inträffad skada. Närhetsprincipen knyter i viss mån an till frågan om vem som är sakrättslig ägare av den försäkrade egendomen. Vid entreprenad går äganderätten successivt över till fastighetsägaren allteftersom entreprenaden färdigställs enligt reglerna om fastighetstillbehör i 2 kap. JB. En tillämpning av närhetsprincipen medför att entreprenörens försäkring är primär i förhållande till beställarens försäkring *under* entreprenadtiden medan det är ägarens försäkring som är primär i förhållande till entreprenörens *efter* det att entreprenaden övertagits av ägaren. Ett ytterligare exempel på äganderättens betydelse för närhetsprincipen är att beställarens försäkring skall vara primär om både entreprenören och beställaren har tecknat tilläggsförsäkring avseende befintlig egendom eftersom den befintliga egendomen tillhör beställaren och inte entreprenören.

DÖ ersätter således de fördelningsregler som skall tillämpas mellan bolagen enligt FAL, men genom tillämpandet av avtals-, specialitets- och närhetsprincipen blir ansvarsfördelningen mellan bolagen konsekvent. Visserligen leder tillämpningen av DÖ till att det i viss mån är "fel" kollektiv som slutligen ersätter en skada. DÖ minskar dock försäkringsbolagens kostnader för administration och skadereglering vilket, i kombination med

de principer som ligger till grund för DÖ, torde leda till att försäkringskollektivet gynnas. Jag anser därför att DÖ bygger på en konsekvent, förutsebar och rättvis systematik vilken bidrar till att minska försäkringsbolagens kostnadsrisker och som även medför att det slutgiltiga ansvaret läggs på "rätt" kollektiv i större utsträckning när DÖ tillämpas än när FAL tillämpas. Detta följer av att DÖ:s fördelningsregler, till skillnad från FAL, tar hänsyn till partsförhållandet mellan försäkringstagarna/de försäkrade. Min slutsats är därför att DÖ:s betydelse kommer att vara stor även fortsättningsvis då FAL tillämpas.

### **Direktkravs rätt**

FAL:s regler om dubbförsäkring innebär att försäkringsbolagen kommer i direkt relation med varandra, trots att bolagen inte har slutit något avtal med varandra om ansvarsfördelning vid dubbförsäkring. Försäkringstagarens avtal med försäkringsbolagen konstituerar således ett partsförhållande mellan försäkringsbolagen i händelse av dubbförsäkring. Detta partsförhållande medför att ett försäkringsbolag som har utgett mer ersättning än vad bolaget skall svara med, har rätt att återkräva utbetald ersättning av försäkringsbolag som inte utgett eller utgett för lite ersättning. När DÖ tillämpas sätts denna legala direktkravs rätt ur spel, eftersom DÖ träder istället för FAL:s regler om ansvarsfördelning. DÖ innehåller dock regler om direktkrav som innebär att ett bolag, som har betalat ut ersättning ur en sekundär försäkring, har rätt att återfå utbetald ersättning från det bolag som har meddelat den primära försäkringen. I det fall försäkringsbolagen är oeniga om hur ansvarsfördelningen skall ske eller huruvida dubbförsäkring föreligger enligt FAL, det vill säga när DÖ ej tillämpas, kan de hänskjuta tvisten till allmän domstol.<sup>7</sup> Tvister som rör återkrav och huruvida dubbförsäkring föreligger enligt DÖ avgörs genom skiljedom.

### **Dubbelförsäkringsförbehåll**

43 § 1 st. GFAL reglerade dubbelförsäkringsförbehåll. Ett sådant förbehåll gjordes i försäkringsvillkoren och innebar att en försäkringsgivare kunde friskriva sig från ansvar i det fall ett och samma intresse var försäkrat hos flera försäkringsgivare. Genom att införa dubbelförsäkringsförbehåll kunde försäkringsbolagen vid dubbelförsäkring kringgå huvudregeln i 41 § GFAL som innebar att bolagen skulle svara primärt solidariskt gentemot försäkringshavaren. Eftersom regeln om solidariskt ansvar i 6 kap. 4 § 1 p. FAL är tvingande har försäkringsbolagen förlorat möjligheten att tillämpa dubbelförsäkringsförbehåll vilket innebär att försäkringsbolagen *alltid* svarar primärt solidariskt gentemot den försäkrade vid dubbelförsäkring. Trots att dubbelförsäkringsförbehåll inte kan göras gällande enligt FAL kan sådana förbehåll ändå komma att få betydelse vid dubbelförsäkringssituationer som skall regleras enligt FAL. I det följande görs därför en redogörelse för när dubbelförsäkringsförbehåll kan bli tillämpliga.

En dubbelförsäkringssituation kan uppstå när försäkring tecknats dels hos ett försäkringsbolag som är bundet av FAL ( $FB_{SWE}$ ), dels hos ett bolag som inte är bundet av FAL ( $FB_{INT}$ ). Om båda försäkringsbolagen är anslutna till DÖ sker ansvarsfördelningen mellan bolagen enligt DÖ:s regler om primär och sekundär försäkring. Om DÖ inte är tillämplig samtidigt som det inte gjorts något dubbelförsäkringsförbehåll från  $FB_{INT}$ :s sida svarar  $FB_{SWE}$  primärt solidariskt gentemot den försäkrade enligt 6 kap. 4 § 1 p. FAL. I det fall den försäkrade kräver  $FB_{SWE}$  på ersättning är bolaget därför skyldigt att utge full ersättning, men bolaget har därefter möjlighet att, genom regress, kräva  $FB_{INT}$  på ersättning i förhållande till  $FB_{INT}$ :s ansvarsbelopp. Däremot kan det uppstå problem för  $FB_{SWE}$  om  $FB_{INT}$ , till följd av utländsk försäkringsavtalslag,<sup>8</sup> inte är förhindrat att införa dubbelförsäkringsförbehåll. Det sagda skulle nämligen innebära att

ett dubbelförsäkringsförbehåll kan göras gällande gentemot  $FB_{SWE}$ . Om  $FB_{INT}$  har gjort ett dubbelförsäkringsförbehåll samtidigt som  $FB_{SWE}$  inte har något villkor som behandlar dubbelförsäkringssituationen leder det till att  $FB_{SWE}$  skall svara gentemot den försäkrade som om det ensamt hade meddelat försäkring enligt 6 kap. 4 § 1 p. FAL.  $FB_{SWE}$  är därefter förhindrat att kräva  $FB_{INT}$  på dess ansvarsbelopp eftersom  $FB_{INT}$  har friskrivit sig från ansvar;  $FB_{SWE}$  svarar därför i slutändan för hela ersättningen. Frågan som därvid uppstår är om, och i så fall hur,  $FB_{SWE}$  i sådana fall kan skydda sig mot att drabbas negativt av dubbelförsäkringsförbehåll som  $FB_{INT}$  har infört i sina villkor.

### **Försäkringsbolagens villkor avseende dubbelförsäkring**

Försäkringsbolagens möjligheter att, såsom de tidigare gjorde, friskriva sig från ansvar vid dubbelförsäkring har som ovan beskrivits försvunnit i och med FAL. Trots att FAL medför ett ”förbud” mot dubbelförsäkringsförbehåll innehåller samtliga villkor<sup>9</sup> som jag har studerat följande villkorstext (avvikande formuleringar förekommer dock):

*Är intresse som omfattas av denna försäkring försäkrat även genom annan försäkring och finns i den förbehåll vid dubbelförsäkring, gäller samma förbehåll även för denna försäkring.*

Villkorstexten utgör inte ett direkt dubbelförsäkringsförbehåll eftersom villkoret är beroende av att ett annat bolag gjort ett sådant förbehåll. Villkoret kan dock inte tillämpas mellan bolag som är bundna av FAL eftersom dubbelförsäkringsförbehåll inte kan göras gällande enligt FAL.

### **Försäkringsbolagens ansvar gentemot den försäkrade**

Om  $FB_{INT}$  har gjort ett dubbelförsäkringsförbehåll får förbehållet verkan gentemot  $FB_{SWE}$ , eftersom  $FB_{INT}$  i ett sådant fall är fritt från ansvar gentemot den försäkrade samtidigt som

den försäkrade kan kräva  $FB_{SWE}$  på full ersättning. I syfte att bringa klarhet i frågan om  $FB_{SWE}$  kan förhindra att det blir ensamt ansvarigt gentemot den försäkrade, sker i det följande en analys av den dubbelförsäkringssituation som kan uppstå då varken FAL eller DÖ kan tillämpas.

Eftersom försäkringsbolagen alltid svarar primärt solidariskt gentemot den försäkrade kan den ovan behandlade villkorstexten inte göras gällande mot den försäkrade; ett bolag som är bundet av FAL är alltid skyldigt att utge ersättning till den försäkrade. Det har dock framhållits att "förbudet" mot dubbelförsäkringssituationer som uppstår mellan  $FB_{INT}$  och  $FB_{SWE}$ , eftersom  $FB_{INT}$  inte omfattas av FAL:s regler. Det är å ena sidan riktigt att FAL:s regler inte kan tillämpas på  $FB_{INT}$  men det innebär å andra sidan inte att en partsrelation mellan  $FB_{INT}$  och  $FB_{SWE}$  skulle förta FAL:s tillämplighet beträffande  $FB_{SWE}$ 's ansvar gentemot den försäkrade. Ett resonemang om att  $FB_{INT}$  inte omfattas av FAL talar, enligt min mening, snarare för att  $FB_{SWE}$  skall svara gentemot den försäkrade som om det ensamt hade meddelat försäkring. I detta sammanhang är det ytterst viktigt att skilja relationen mellan ett försäkringsbolag och den försäkrade från relationen mellan flera försäkringsbolag. Om både  $FB_{INT}$  och  $FB_{SWE}$  skulle kunna göra dubbelförsäkringsförbehåll gällande gentemot den försäkrade skulle det innebära att den försäkrade stod utan försäkringsskydd, eftersom FAL saknar regler om ömsesidiga dubbelförsäkringsförbehåll.<sup>10</sup> En sådan tolkning av FAL skulle dels strida mot dess förarbeten,<sup>11</sup> dels leda till en uppenbart oskäligen situation för den försäkrade. Enligt min mening kan därför de ovan behandlade villkoren inte leda till att den försäkrades rätt gentemot  $FB_{SWE}$  inskränks i strid mot 6 kap. 4 § 1 p. FAL och ansvaret förblir därför, oberoende av villkorsformuleringen, primärt solidariskt för  $FB_{SWE}$ .

### **Försäkringsbolagens inbördes ansvar**

Den enda kvarvarande situation i vilken dubbelförsäkringsförbehåll kan tillämpas är den som uppstår när det föreligger en dubbelförsäkringssituation mellan ett försäkringsbolag som *inte* är bundet av FAL:s regler ( $FB_{INT}$ ) och ett bolag som *är* bundet av FAL:s regler ( $FB_{SWE}$ ). I detta hänseende får argumentet om att FAL:s dubbelförsäkringsregler inte kan tillämpas på  $FB_{INT}$  åter bärkraft. FAL hindrar nämligen inte  $FB_{SWE}$  från att i sina villkor införa ett dubbelförsäkringsförbehåll som endast riktar sig mot  $FB_{INT}$ .

De studerade försäkringsvillkoren får den betydelsen att ett dubbelförsäkringsförbehåll i  $FB_{INT}$ 's villkor inte leder till att  $FB_{SWE}$  förlorar sin regressrätt gentemot  $FB_{INT}$ . Detta följer av att  $FB_{SWE}$  enligt 6 kap. 4 § 3 p. FAL är *skyldigt* att utge full ersättning till den försäkrade samtidigt som  $FB_{SWE}$ 's *slutgiltiga ansvar* beräknas utifrån bolagets ansvarsbelopp enligt 6 kap. 4 § 3 p. FAL. De studerade villkoren träder således endast ikraft när det föreligger dubbelförsäkringsförbehåll från  $FB_{INT}$ 's sida.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att situationen som följer med tillämpningen av villkorstexterna till viss del liknar den som uppstod vid ett ömsesidigt dubbelförsäkringsförbehåll enligt GFAL. Skillnaden är att det enligt FAL alltid föreligger regressrätt vid ömsesidiga dubbelförsäkringsförbehåll. Försäkringsbolagens villkor avseende dubbelförsäkring verkar därför som en säkerhetsventil som skyddar bolagen från att slutgiltigt bli ensamt ansvariga gentemot den försäkrade. I förarbetena till FAL finns det inget som talar emot en sådan lösning eftersom den försäkrades rätt gentemot försäkringsbolaget inte inskränks.

## Regressrätt vid dubbelförsäkring

I detta avsnitt tänker jag helt kort beröra regressrätten vid dubbelförsäkring enligt FAL. Enligt min mening har reglerna beträffande regressrätt förändrats i och med FAL när det gäller hur bolagens ansvar skall fördelas vid ömsesidiga dubbelförsäkringsförbehåll. Denna ståndpunkt står visserligen i strid med Stockholms tingsrätts dom i mål nr T 14373-03, men eftersom domen behandlade regressrätten enligt GFAL saknar den relevans i denna artikel (i denna del hänvisas därför intresserade läsare till min uppsats).

Reglerna om dubbelförsäkring inverkar som ovan nämnts dels på relationen mellan försäkringsbolaget och den försäkrade, dels på relationen försäkringsbolagen emellan. Ett försäkringsbolag är enligt 6 kap. 4 § 1 p. FAL alltid skyldigt att svara gentemot den försäkrade som om bolaget ensamt hade meddelat försäkring. Försäkringsbolagens inbördes ansvar är dock enligt 6 kap. 4 § 3 p. FAL beroende av förhållandet mellan ansvarsbeloppen. Detta innebär att ett bolag som betalat ut full ersättning kan föra regress gentemot ett annat bolag som också är ansvarigt enligt reglerna om dubbelförsäkring. Regressrätten kvarstår även vid förekomsten av ömsesidiga dubbelförsäkringsförbehåll (detta är endast aktuellt vid dubbelförsäkringssituationer som uppstår mellan  $FB_{SWE}$  och  $FB_{INT}$ ) till följd av att varje försäkringsbolag enligt 6 kap. 4 § 1 p. är *skyldigt* att, på anmodan av den försäkrade, utge hela det ansvarsbelopp som bolaget har att svara med. Med det solidariska betalningsansvaret enligt FAL följer således även regressrätt gentemot andra försäkringsbolag. Min slutsats är att regressrätt alltid föreligger enligt FAL till följd av ett bolag, på anmodan av den försäkrade, är skyldigt att betala ut ersättning som svarar dess ansvarsbelopp.

## Subsidiär försäkring

### Begreppet subsidiär försäkring

Enligt GFAL kunde en försäkring i vissa fall göras subsidiär till en annan försäkring. Det innebar att det försäkringsbolag som hade meddelat den primära försäkringen inte hade någon regressrätt mot det bolag som hade meddelat den subsidiära försäkringen. I 43 § 2 st. GFAL gavs exempel på subsidiär försäkring och försäkringsbolagen kunde avtala om att en försäkring skulle gälla subsidiärt i förhållande till en annan försäkring i det fall försäkringsbolagets ansvar och rätt till premie gjordes beroende av om annan försäkring täckte det försäkrade intresset.<sup>12</sup> En subsidiär försäkring kan även, oavsett bolagets rätt till premie, innebära att försäkringsgivarens ansvar inträder först efter det att den primärt ansvariga försäkringsgivaren inte kunnat fullgöra sitt ansvar. Det är således möjligt att göra exempelvis en specialförsäkring subsidiär till en allmän försäkring. Anledningen till att en subsidiär försäkring tecknas kan exempelvis vara att en beställare av en entreprenad vill försäkra sig mot att entreprenören inte har tecknat ett fullgott försäkringsskydd. Genom att teckna en subsidiär försäkring täcks eventuella brister i entreprenörens försäkring och beställaren kan därför, efter inträffad skada, utfä ersättning som svarar mot den skadade egendomens värde.<sup>13</sup>

Enligt förarbetena till FAL är det inte fråga om dubbelförsäkring när en försäkring görs subsidiär i förhållande till en annan (primär) försäkring. Trots att samma intresse har försäkrats hos flera försäkringsgivare skall således FAL:s dubbelförsäkringsregler inte tillämpas på subsidiära försäkringar vilket innebär att ”förbudet” mot dubbelförsäkringsförbehåll inte träffar subsidiära försäkringar. Försäkringsbolagens möjligheter att gå runt ”förbudet” mot dubbelförsäkringsförbehåll i FAL är dock begränsade eftersom ett förbehåll om subsidiaritet inte automatiskt innebär att reglerna om dubbelförsäkring sätts ur spel.

### **Medför FAL ett förbud mot subsidiär försäkring?**

Verkningarna av att en försäkring görs subsidiär i förhållande till en annan liknar de som följer med ett dubbelförsäkringsförbehåll och det kan därför ifrågasättas om FAL:s ”förbud” mot dubbelförsäkringsförbehåll, trots att subsidiära försäkringar uttryckligen sägs falla utanför reglerna om dubbelförsäkring, träffar subsidiära försäkringar. Det framgår inte helt klart av förarbetena till FAL om subsidiära försäkringar, som görs beroende av andra försäkringar, är tillåtna. I syfte att bringa klarhet i frågan har jag därför analyserat förarbeten och doktrin.

Enligt SOU 1925:21 kan ett försäkringsbolags ansvar göras subsidiärt i förhållande till ett annat bolags ansvar så att ersättningskyldighet för det subsidiärt ansvariga bolaget endast inträder i det fall det primärt ansvariga försäkringsbolaget inte kan fullgöra sina förpliktelser. Vidare bör en försäkring kunna vara subsidiär i förhållande till tidigare tecknade försäkringar och det kan vara särskilt befogat att införa sådana regler när annan försäkring är tecknad i ett annat land, där principen om solidarisk ansvarighet mellan bolag inte är den enligt lag eller praxis vanliga. Av prop. 2003/04:150 framgår det uttryckligen att subsidiära försäkringar inte träffas av reglerna om dubbelförsäkring vilket skulle innebära att subsidiära försäkringar är tillåtna eftersom de då inte heller träffas av ”förbudet” mot dubbelförsäkringsförbehåll. Vidare sägs det i anslutning till 6 kap. 4 § 3 p. att försäkringsbolagen kan komma överens om att en viss försäkring skall svara efter en annan.<sup>14</sup> Lagstiftaren synes därför ha frångått ståndpunkten i SOU 1989:88 om att den tvingande regeln i 6 kap. 4 § 1 p. FAL skulle innebära ett förbud mot subsidiära försäkringar. Vidare hänvisas det i prop. 2003/04:150 till 36 § KFL vilket torde innebära att motiven till KFL i denna del kan tillämpas även beträf-

fande företagsförsäkring. I prop. 1979/80:9 s160 sker en hänvisning till Hellner och eftersom denne bygger sitt resonemang på vad som sägs i SOU 1925:21, bör de regler som anges där fortfarande gälla beträffande subsidiära försäkringar. Min slutsats är således att det enligt FAL är tillåtet att meddela subsidiära försäkringar.

Eftersom reglerna om dubbelförsäkring inte skall tillämpas på subsidiära försäkringar innebär det att ett bolag som har meddelat en subsidiär försäkring inte har ett primärt solidariskt ansvar gentemot den försäkrade. Det föreligger därför inget hinder för ett försäkringsbolag som meddelat en subsidiär försäkring att hänvisa den försäkrade till det bolag som meddelat den primära försäkringen. Enligt FAL får således en subsidiär försäkring samma verkan *gentemot den försäkrade* som en subsidiär försäkring fick enligt GFAL. Den försäkrade blir alltså hänvisad till att först anlita den primära försäkringen och den subsidiära försäkringen kan först tas i anspråk när ersättning inte kan utfås ur den primära försäkringen. Det försäkringsbolag som meddelat den primära försäkringen saknar därvid rätt att rikta regressanspråk gentemot det försäkringsbolag som meddelat den subsidiära försäkringen.

### **Dubbelförsäkringsreglerna och subsidiära försäkringar**

Det har ovan konstaterats att reglerna om dubbelförsäkring inte skall tillämpas när det är fråga om subsidiär försäkring. Själva formuleringen är dock inte avgörande när det skall bestämmas om ett villkor skall ses som ett förbehåll om ansvarsfrihet, som inte är förenligt med bestämmelserna om dubbelförsäkring, eller om villkoret innebär att försäkringen endast skall gälla subsidiärt. Enligt förarbetena måste hänsyn tas till andra omständigheter än endast till hur villkoret är formulerat. Eftersom dubbelförsäkringsför-

behåll inte kan göras giltiga enligt FAL<sup>15</sup> är det viktigt att utreda vilka faktorer som avgör om en försäkring är att se som subsidiär eller ej, det vill säga huruvida försäkringen skall behandlas enligt reglerna om dubbelförsäkring.

Syftet med en subsidiär försäkring är inte att skjuta över ansvaret på andra försäkringsgivare utan den subsidiära försäkringen skall fungera som en försäkring mot bristande försäkringsskydd i annan försäkring. Det är därför viktigt att det i villkoren och av omständigheterna i övrigt framgår att försäkringen är just subsidiär och att det inte rör sig om en försäkring i vilken ett dubbelförsäkringsförbehåll har införts. Några faktorer som bör tala för att en försäkring är att se som subsidiär är följande:

- *Premien:* försäkringspremien är anpassad i förhållande till annan primär försäkring. Premien är lägre än vad den är för en motsvarande ”heltäckande” försäkring.
- *Dokumentation:* det finns dokumentation som anger under vilka förutsättningar som den subsidiära försäkringen har meddelats samt dokumentation om hur riskbedömningen och premiesättningen av försäkringen har skett.
- *Lokal försäkring:* Det finns en försäkring som har tecknats lokalt.
- *Försäkringsplikt:* försäkringen har tecknats i syfte att ge skydd i det fall en part som enligt avtal har ålagts att teckna försäkring inte har gjort så (se nedan avsnitt 6.1.3).

Det går inte att avgöra om en försäkring är att se som subsidiär med utgång i endast de ovan beskrivna faktorerna; det krävs att även övriga omständigheter såsom exempelvis försäkringstyp och ändamålsenlighet med en subsidiär försäkring i det enskilda fallet talar för att försäkringen skall vara subsidiär. Förekomsten av en eller flera av de ovan angivna faktorerna bör tyda på att försäkringen skall vara att se som subsidiär. Det är dock viktigt

att den subsidiära försäkringen framstår som ändamålsenlig och att den inte endast skall verka som ett instrument för försäkringsbolaget att kringgå sitt primära solidariska ansvar gentemot den försäkrade. I det fall försäkringen, med beaktande av omständigheterna i övrigt, inte framstår som ändamålsenlig bör reglerna om dubbelförsäkring tillämpas och det är således en viktad skälighetsbedömning som i slutändan bör avgöra huruvida en försäkring är att se som subsidiär eller ej.

### **Försäkringsplikt och subsidiär försäkring enligt FAL**

Utöver premiesättning, dokumentation och förekomsten av lokal försäkring kan, som ovan nämnts, även försäkringsplikt komma att inverka på bedömningen av om en försäkring är att se som subsidiär. Försäkringsplikt kan förekomma till följd av att parterna i ett kontraktsförhållande ålägger den part som har bäst förutsättningar att bedöma och påverka den försäkrade risken en försäkringsplikt. Reglerna om dubbelförsäkring kan dock sätta den avtalade försäkringsplikten ”ur spel”. En lösning på detta problem kan vara att reglerna om dubbelförsäkring inte skall tillämpas på dubbelförsäkringssituationer där en av parterna enligt avtal är skyldig att teckna försäkring.

Ur praxis<sup>16</sup> kan det utläsas att en försäkringsplikt inte innebär att den föreskrivande partens försäkringsbolag är skyddat mot regressanspråk från den försäkringspliktiges försäkringsbolag. Detta tyder på en avtalad försäkringsplikt inte automatiskt förtar dubbelförsäkringsreglernas tillämplighet. Enligt min mening bör det dock ofta vara möjligt att klassa den föreskrivande partens försäkring som en subsidiär försäkring. En föreskriven försäkringsplikt talar i vart fall för att en försäkring som tecknas utöver den pliktiga försäkringen bör ses som en subsidiär försäkring i förhållande till den förra. Detta grundar jag på att den icke-pliktiga försäkringen inte är ämnad att omfatta skador som enligt avtal

skall täckas av den pliktiga försäkringen. I vissa fall kan det vara svårt att hävda att försäkringsplikten skall åligga just en av parterna. I sådana fall kan försäkringen, enligt min mening, delas upp i två delar där den ena delen är att se som en subsidiär försäkring och den andra som en försäkring som träffas av reglerna om dubbelförsäkring. Det bolag som meddelat den föreskrivna försäkringen skulle i ett sådant fall endast ha regressrätt avseende den del av försäkringen som bedömts vara dubbelförsäkrad.

### **Sammanfattande diskussion**

Som framgått har jag funnit att det har skett förändringar av rättsläget beträffande dubbelförsäkring i och med FAL. Ändringarna medför bland annat att försäkringsbolagen måste vara medvetna om att de, enligt FAL:s regler om dubbelförsäkring, *alltid* svarar primärt solidariskt gentemot den försäkrade. Detta innebär att försäkringsbolagen inte kan friskriva sig från ansvar i det fall det försäkrade intresset är försäkrat hos ett annat bolag. Trots detta kan de dubbelförsäkringsförbehåll som försäkringsbolagen tillämpar äga tillämpning när dubbelförsäkring uppstår mellan bolag som är bundna respektive inte bundna av FAL; sådana förbehåll syftar till att upprätthålla bolagens inbördes regressrätt vid ömsesidiga dubbelförsäkringsförbehåll. Om ett försäkringsbolag som är bundet av FAL vid dubbelförsäkring har betalat ut full ersättning till den försäkrade har bolaget, enligt FAL, alltid rätt att genom regress kräva andra bolag som är bundna av FAL på ersättning i förhållande till det senare bolagets ansvarsbelopp. ”Förbudet” mot dubbelförsäkringsförbehåll innebär dock att det enligt FAL blir viktigare att skilja så kallade subsidiära försäkringar från dubbelförsäkringar. Om försäkringsbolagen har dokumenterat vilka förutsättningar som legat till grund för premiesättning och

riskbedömning eller om bolagen kan styrka att det exempelvis finns lokala försäkringar, ökar bolagens chanser att med framgång hävda att en försäkring är subsidiär i förhållande till en annan. Även förekomsten av försäkringsplikt kan få betydelse vid en sådan bedömning. Enligt 6 kap. 4 § 3 p. FAL kan försäkringsbolagen avtala om hur ansvaret dem emellan ska fördelas vid dubbelförsäkring vilket också har skett genom den så kallade DÖ:n. Jag har kommit fram till att DÖ:s regler bygger på avtals-, specialitets- och närhetsprincipen. De grunder som nämnda principer bygger på medför att fördelningen enligt DÖ blir konsekvent, skäligen och förutsebar. Enligt 44 § GFAL var en försäkringshavare som framställde anspråk med anledning av ett inträffat försäkringsfall skyldig att, på anmodan från försäkringsbolaget, informera försäkringsbolaget om att det försäkrade intresset var försäkrat även på annat håll. Någon sådan anmälningsplikt finns inte reglerad i FAL och bolagen är därför hänvisade till att införa en motsvarande anmälningsplikt i villkoren för att få information om eventuell dubbelförsäkring. En försummelse att i sådana fall informera försäkringsbolaget kan sanktioneras med stöd av 7 kap. 2 § FAL. Sammanfattningsvis kan det konstateras att FAL medför vissa förändringar i rättsläget avseende dubbelförsäkring som kan komma att drabba försäkringsbolagen negativt. Enligt min mening bidrar dock en ökad insikt i och förståelse för hur reglerna skall tillämpas till att försäkringsbolagen i mångt och mycket kan skydda sig från att drabbas negativt av de nya reglerna.

### **Tack**

Slutligen vill jag tacka min handledare, professor Harald Ullman, för hans stora engagemang i mitt och mina medstudenters uppsatsarbete. Ett varmt tack vill jag även rikta till Birger Nydrén på Zürich för att han har tagit sig tid att komma med värdefulla synpunkter samt diskutera och kommentera mitt arbete.



### Noter

- <sup>1</sup> Uppgiften är hämtad från intervju samt skriftlig korrespondens med Birger Nydrén, Zürich.
- <sup>2</sup> Det bör härvid noteras att 1997 års DÖ endast var tillämplig på egendoms- och avbrottsförsäkring.
- <sup>3</sup> Se dock Dubbelförsäkringsöverenskommelse – företag 2005, p 1.1.4 där återkravs rätt medges.
- <sup>4</sup> Om den primära försäkringen inte räcker till att ersätta skadan utgår dock ersättning även ur den sekundära försäkringen.
- <sup>5</sup> De icke vedertagna begreppen avtals-, specialitets- och närhetsprincipen syftar till att fylla en förklarande funktion i denna framställning.
- <sup>6</sup> Specialitets- och närhetsprincipernas inbördes rangordning får endast betydelse vid egendomsförsäkring eftersom det vid ansvars- och avbrottsförsäkring endast är specialitetsprincipen som tillämpas enligt DÖ.
- <sup>7</sup> Se exempelvis Stockholms Tingsrätts mål nr T 14373-03.
- <sup>8</sup> Det förutsätts i det följande att FB<sub>INT</sub> lyder under dubbelförsäkringsregler som motsvarar reglerna som fanns i GFAL.
- <sup>9</sup> If AA 800:1 p 10.2.2, Länsförsäkringar V 065:9(28) p 12, Trygg-Hansa Allmänna avtalsbestämmelser p 10.9 och Zürich ZS 12:7 p 10.8.
- <sup>10</sup> Jämför med 43 § 1 st. 2 p. GFAL.
- <sup>11</sup> ”Bestämmelsen om försäkringsbolagens solidariska ansvar är tvingande, vilket innebär att ett försäkringsbolag inte kan friskriva sig från ansvar för det fallet intresset är försäkrat hos annat försäkringsbolag.” A prop. s 441.
- <sup>12</sup> SOU 1925:21 s 130 och Hellner, Försäkringsrätt, s 262.
- <sup>13</sup> Självrisk- och nedsättningsregler påverkar dock ersättningen.
- <sup>14</sup> Prop. 2003/04:150 s 442.
- <sup>15</sup> Prop. 2003/04:150 s 441.
- <sup>16</sup> NJA 1949 s 732.

## Korean Life Insurance Industry – A Comparative Historical Perspective

by Annette H. K. Son Ek



Annette H. K. Son Ek  
hykyson@yahoo.com

*The development of the Korean life insurance industry during the latter part of the twentieth century is one of the exceptional phenomena. Between 1970 and 2000, the annual growth rate of premium volume was 46.2 percent while the annual growth rate of insurance asset was 34.4 percent. This study argues that this rapid expansion of the Korean life insurance industry was possible due to three major factors: the Korean government's interest rate policy in favor of life insurance industry, the unique life insurance sales method based on personal relationship and the growth-oriented business strategy on the part of the Korean life insurers.*

### Introduction

The development of the Korean life insurance industry during the latter part of the twentieth century is one of the exceptional phenomena. Between 1970 and 2000, the annual growth rate of premium volume was 46.2 percent while the annual growth rate of insurance asset was 34.4 percent.<sup>1</sup> This rapid expansion of life insurance industry made Korea one of the largest life insurance markets in the world, ranking seventh in terms of total premium volume as of 2003.<sup>2</sup>

Although Korea's share in the world life insurance market is still as low as 2.03 if we divide premium income with GNI, the rate of life insurance premium income in Korea is

higher than that of most countries in a similar level of economic development.

The aim of this study is to explore the life insurance market in Korea from a comparative historical perspective in order to get a better understanding on how the Korean insurance market could have developed in such a large scale within a short period of a half-decade.

---

Annette H. K. Son Ek, Ph.D. in Economic History  
Department of Korean Studies, University of Stockholm.

The author wants to express her gratitude to the Swedish Insurance Association for the traveling grant that had enabled me to conduct field research in Korea during the spring 2005.

### **Introduction of modern life insurance to Korea**

---

British insurers introduced the modern form of life insurance to Korea in the late nineteenth century. In 1905 when Japan gained a complete control of Korea it succeeded the role played by the British insurers.<sup>3</sup> Korean's own involvement in modern life insurance business took place in 1921 when the Joseon Life Insurance Company was established.<sup>4</sup> The majority of insurance sales during the colonial period were forcedly made in order to mobilize financial resources for engaging the wars with the allied forces.<sup>5</sup> There are two unfavorable legacies from the colonial period on the development of the life insurance industry in Korea. One is the creation of the negative attitudes toward life insurance industry among the ordinary Koreans and the other is the lack of insurance specialists in both theoretical and practical fields.

### **Life insurance in a stage of embryo (from 1945 to the early 1960s)**

---

The independence of Korea from Japan in August 1945 provided the Korean life insurance industry with a new momentum as life insurance companies with Korea's own capital and manpower earnestly began to be established. Besides Joseon Life Insurance Company Korea saw the opening of eight new life insurance companies for a short period of 8 years from August 1945 to July 1953, totaling nine life insurance companies. The limited market size of the Korean life insurance industry at that time led to a fierce competition among these companies.<sup>6</sup> Two of the victims from this high competition among them were Jeil Life Insurance and Hyeopdong Life Insurance that were forced to close down due to the problem of insolvency. In contrast with these two cases there is also a success story, i.e. the case of Daehan Kyoyuk Insurance.

This insurance company introduced a new type of life insurance product, so called education insurance. The sale of this life insurance product was successful both in drawing the attention from the ordinary Koreans on the life insurance and in mobilizing the national capital for the industrial development of Korea.<sup>7</sup> It also played an important role in the expansion of the Korean life insurance market from the 1960s onwards. During this early period of life insurance development in Korea a high portion of life insurance asset was invested in immovable property such as land and buildings due to the underdevelopment of the Korean capital market.<sup>8</sup> Therefore the majority of life insurance companies often suffered from a lack of flexibility.

### **Life insurance in a stage of building a stable base (1962-1976)**

---

During this period the Korean life insurance industry made a stable base for the development that lasted well into the mid-1980s. This was mainly possible thank to the favorable regulations and various inspection policies implemented by the Korean government.<sup>9</sup> Especially in 1969, the government issued a regulation concerning the management of insurance assets. By these measures, the insurance companies were encouraged to lend money to the other companies and to purchase bonds and stocks in Korea's growing capital market.

Besides the systemization of regulatory provisions on life insurance business, the Korean government also undertook measures that were intended to improve the financial condition of life insurance companies. In the course of time the license of two life insurance companies was revoked while four life insurance companies were merged into two companies. By these measure, a period of oligopoly system of six life insurance companies was established, which lasted until the mid-1980s.

### **Life insurance in a period of modernization (1977-1984)**

---

Thank to the success of the economic development plans as well as the increase in per capita GNP, the life insurance business in Korea made a rapid growth since the early 1960s. In 1976 the total asset of life insurance companies recorded 145.2 billion Korean Won while annual premium income was 85.7 billion Korean Won. This is the 23rd and 24th times' increase in comparison with the corresponding figures in 10 years ago.<sup>10</sup> In spite of this quantitative growth of life insurance industry, the life insurance industry faced with a series of problems. Three major problems were a disorganization of insurance sales, a low rate of insurance contract maintenance, a high operating expense. All these led to a continuing financial difficulty of life insurance companies. Therefore the government put into a series of reform policies to modernize life insurance industry in 1977.

In the 1960s and the 1970s the education insurance played an important role in the development of the Korean life insurance industry. When the effect of education insurance was on the wane in the early 1980s, the Korean life insurance market saw the introduction of a new life insurance product, i.e. cancer insurance.

Up to this period a line's share of insurance sales was done through the female insurance salespersons, so-called "insurance aunties" in her 30s and 40s who made a door-to-door visit to the presumptive customers. The Koreans had purchased life insurance products more with short-term savings in mind less with dealing the risks.<sup>11</sup>

### **Life insurance in a period of a global challenge (1985-1996)**

---

Since 1986-1987 the Korean life insurance industry faced with the challenges from both

within and outside the country. Those challenges are often epitomized as the terms such as liberalization, openness and globalization.

Under the influence of liberalization, six new life insurance companies with a nationwide network and nine life insurance companies with the limited business territory to the specified provincial area were opened in the late 1980s. The deregulation of life insurance industry also took place in the areas such as the development of insurance products, the method of premium rate setting and the strengthened consumer sovereignty.<sup>12</sup>

With the external changes such as the implementation of Uruguay Round and the launching of WTO<sup>13</sup> and Korea's accession to the OECD in 1995, the Korean life insurance market was widely opened to foreign insurers.<sup>14</sup>

In the short time span of five to six years from the late 1980s to the early 1990s seven foreign-Korean joint life insurance companies, three local subsidiaries of three foreign life insurance companies and four branches of foreign life insurance companies entered into the Korean life insurance market.

The liberalization of insurance business within Korea and the openness of insurance business to foreign life insurance companies signaled the end of the oligopoly of six domestic life insurance companies and the beginning of the fierce competition of 33 life insurance companies in Korea.<sup>15</sup>

A number of reform measures that were intended to further liberalize the life insurance market were also put into effect during this period. Important changes include the abolition of economic consideration when establishing life insurance companies, the allowance of cross-border among life insurance companies, and the introduction of professional insurance agent system.<sup>16</sup> All these reform measures imply that the marketing activity by life insurance companies grew its importance due to the environmental change

of the financial market.

All these changes went in parallel with the improvement of the conditions for the development of life insurance market. They are such factors as a drastic increase in the life risks for citizens as a result of the diversification of economy and a disintegration of traditional extended family system, a heightened interest in healthy life among individuals followed by the rise of income level. The changed conditions for the development of life insurance industry imply the change in the preference for different kinds of life insurance products. The persistent interest in term life insurance with focus on the protection of survived family members gradually went over to an increasing interest in the whole life insurance and annuity with focus on the protection of life in old age.<sup>17</sup>

#### **Life insurance in a period of restructuring (1997 to 2003)**

The life insurance industry is one of the most severely hit industries among all industries during the 1997-1998 Asian financial crisis. There are three reasons for this. The first and the most important reason was a drastic increase in the life insurance companies that had faced either with the problem of liquidity or insolvency. As mentioned earlier, there was a high involvement of life insurance industry by the *chaebols*. At the time of the financial crisis, the top five *chaebols* (Hyundai, Samsung, LG, Daewoo, and SK) owned the different life insurance companies. And approximately 18.9% of loans by the life insurance companies went to the companies that were part of the *chaebols*. Many of these companies had invested the borrowings from the financial institutions into long-term projects whose investment effect can come slowly. The second reason is that a considerable portion of insurance was invested in the other companies that could not repay their loan due to the

financial difficulties. The third reason is that since 1987 a high portion of insurance operating asset was invested in stocks and bonds in step with the expansion of the capital market.

A variety of reform measures were undertaken in order to overcome the financial crisis as well as to strengthen the competitiveness of life insurance business. In the late 1997, these new insurance supervisory authorities (FSC/FSS) went into restructuring of the insurance industry in order to regain the confidence of the financial market. Under the influence of the financial crisis, a far-reaching reform of financial industry was conducted. Since the restructuring of the life insurance industry began in 1998, the business rights of four life insurance companies have been withdrawn, and six companies were sold off owing to poor performance. One of the better results of the restructuring of life insurance industry in the aftermath of the financial crisis is that Korean life insurers evolved into a highly concentrated industry. This has proven by the changing market share of the three dominant life insurance companies, Samsung Life Insurance Co., Kyobo Life Insurance Co., and Korea Life Insurance Co. The market share of these large domestic insurance companies has increased from 67.2 percent in 1997 to 75.0 percent in 1999. The market concentration increased even more, owing to M&A activity, resulting in a peak market share of 80.9 percent in 2000. Since then, the market share of the three major domestic companies has declined to 78.0 percent in 2001 and down to 51.7 % in 2004.<sup>18</sup> The major cause of the decline is the growth of foreign life insurance companies that entered the Korean life insurance market starting from the late 1980s.

In order to meet the global challenges to the life insurance industry two important steps toward financial convergences were taken.<sup>19</sup> One is the revision of the Insurance Business Law and its enforcement regulations in 2000. By this revision all types of financial institu-

tions were allowed to form alliances to move into the so-called “non-core business” of other financial institutions. The other was the introduction of bancassurance.<sup>20</sup> By these measures the insurance market was open to all financial institutions in Korea such as conventional banks, security firms and investment firms, mutual saving companies, post offices, various co-operations.<sup>21</sup>

Noteworthy is that the size of foreign life insurance companies are mostly much smaller than that of domestic life insurance companies. Despite their small size, foreign life insurance companies recorded better performance than their domestic competitors with respect to profitability and financial stability. It is apparent that domestic insurance companies lag behind global rivals in the development of sophisticated insurance products and services and sales techniques.<sup>22</sup> Especially, in the bancassurance business, six foreign life insurers joined and attained 33.3 percent of bancassurance market on the premium basis in 2003. The market share of foreign life insurance companies is continuously increasing, recording 26.1 percent in the early 2005.<sup>23</sup> One good effect of high competition among domestic and foreign life insurer and the diversification of life insurance sales channel is that the Korean public have gained a much better possibility to choose different life insurance products than ever. Another conspicuous change in the Korean life insurance industry that occurred in recent years is the change in the personal structure of the life insurance salespersons. Instead of “insurance aunties” who have dominated in the area of insurance sales in the earlier period, the number of “insurance uncles” is gradually increasing. In 2001, the proportion of male insurance salespersons was only 8.3 percent and this figure went up to 14.7 percent in 2004 and further up to 15.6 percent in May 2005.<sup>24</sup>

### **Some factors behind the rapid expansion of the Korean life insurance industry**

---

There are at least five reasons for that. First, it depends on the interest rate system that the Korean government adopted. In the 1960s the Korean government promoted industrial development. To this end the Korean government made bank interest rate as low as possible in order to lend capital with as low interest rate as possible to the industries that the Korean government had specifically in mind. In this process a shortage in capital arose. In order to deal with this lack of capital for industrial development in the 1970s the Korean government encouraged the development of the second financial businesses such as short-term financing companies and insurance companies. In order to maximize the mobilization of financial capital to these financial institutions, the Korean government encouraged the insurance companies to make insurance products with a strong characteristic of savings rather than only a characteristic of dealing with risks. At that time there was also a high tendency among Koreans to buy insurance policy more for the purpose of saving than a pure of insurance.

The second reason for the extraordinary size of the Korean insurance market has to do with the insurance sales method on the basis of personal relationship. Contrary to the insurance salesmen in the Western countries who utilize an advanced sales method in selling the insurance policies the Korean insurance salespersons have long utilized the personal relationship.

The third reason that the Korean insurance business expanded so quickly has to do with the growth-oriented attitude of insurance businessmen. In the semi-monopolistic market the insurance businessmen have often considered an extra profit will be possible only though a rapid expansion of sales volume.

They have also thought that if their business is big they will have a better position in negotiating with the government.

The fourth reason for the rapid development of Korea's life insurance has to do with the ownership of the life insurance industries. Unlike many Western countries where there is some kind of division between the financial capitalists and the industrial capitalists, in Korea there exist a close relationship between the life insurance companies and the industrial capitalists, *chaebols*. This is the reason that many Koreans are suspicious about the operation of the life insurance companies. In any case the growth of life insurance industry went hand in hand with the expansion of *chaebols*.

The fifth reason is the inadequate development of the social insurance system in Korea. In comparison with other industrialized countries, the introduction of social insurance to Korea was made much later than those countries. The policy-makers in the Korean government in the 1970s were very much industrial development-oriented while paying less attention to the social development. These policies could be sustained in the 1970s during which the democratic political system was not fully developed. But in the 1980s when the democratization of the Korean society began there was a much open discussion on how to distribute the fruits of economic development to the Korean population at large.

In concluding the liberalization, globalization and openness of the Korean economy would certainly have less explanatory power in the expansion of insurance market in Korea. The possible reasons are as follows. The gap in interest rate among different financial institutions is on the way out. The relationship between people are transforming from a traditional-bound to a more functional-bound due to the urbanization and the decrease in the size of family in the contemporary Korean society. Moreover recently there are also expansions

in the social insurance system although the coverage is still limited in comparison with the social insurance system in the advanced countries. Especially the national health insurance system in Korea is still characterized by very low benefit coverage, with high out-of-pocket payment. This high out-of-pocket payment by patients creates the necessity to fill out the gap by private life insurance companies. This can imply that there is still much room for the expansion of life insurance industry in Korea.

### Notes

- <sup>1</sup> The Korean Association of Life Insurance (2000) *Fifty Years History of the Association of Life Insurance*, pp. 937-938.
- <sup>2</sup> Korea Insurance Development Institute (2005) *Korean Insurance Industry 2004*, p. 23, *Sigma*, No 3/2004, Swiss Re.
- <sup>3</sup> Han, Woo-keun (1981) *The History of Korea*, Seoul: The Eul-Yoo Publishing Company, pp.396-402; Black, Kenneth, jr. and Harold D. Skipper, jr. (1994) *Life Insurance*, Prentice-Hall, Jeong, Hongju (2005) *Risk and Insurance in Korea*. Seoul: Munyoungsa..
- <sup>4</sup> Korean Association of Life Insurance (2000) *Fifty Years History of the Association of Life Insurance*, pp.198-199.
- <sup>5</sup> *Ibid.*, p. 206.
- <sup>6</sup> Roe, Young-Kyung (1991) *A Study on the Reform Measure for the Life Insurance Sale System in Our Country*, master dissertation, Taegu University.
- <sup>7</sup> Kyobo Life Insurance (1998) *30th Anniversary of Kyobo Life Insurance*, Seoul.
- <sup>8</sup> Korea National Statistical Office (1995) *Korea's footsteps in a statistical perspective*. Seoul, p. 289.
- <sup>9</sup> Kang, yongsu and Gong deokam (2001) "A Details State & Pending Problems in Life Insurance Industries in Korea and Their Implications" *Review of Business & Economics* Vol. 14, No. 4, p. 4.
- <sup>10</sup> Korean Association of Life Insurance (2000) *Fifty Years History of the Association of Life Insurance*, p. 938.

- <sup>11</sup> Kim, Eok-heon (2002) *Insurance theory and practice*, Seoul: Samyeongosa, pp. 237-238.
- <sup>12</sup> Yoon, Dae-Soo (1999) *A Study on the Improvement of Marketing Strategy of the Life Insurance Industry in Korea*, master dissertation, Konkuk University.
- <sup>13</sup> The seeds of the Uruguay Round were sown in November 1982 at a ministerial meeting of GATT members in Geneva. It took seven and a half years from 1986 to the end of 1994, almost twice the original schedule. One of the main issues related to the developing countries was the opening of service market, especially opening of financial market and deregulation. The negotiation started in the Uruguay Round was continued under the context of WTO that began operation in January 1995.
- <sup>14</sup> As a matter of fact, there were seven American life companies that were operating in Korea up to the mid-1980s. Their business was limited in the sense that their life insurance products were only sold to the American military personnel and their families and other foreigners in Korea (Korean Association of Life Insurance, 2000, *Fifty Years History of the Association of Life Insurance*, p.308). Kang, Yong-Su and Gong, Deok-Am (2001) "A Details State & Pending Problems in Life Insurance Industries in Korea and Their Implications" *Review of Business & Economics* Vol. 14, No. 4, p. 3.
- <sup>15</sup> Kim, Chul-kyo (1995) "Financial Environment & Life Insurance," *Social Science Research*, Vol. 12, pp. 95-103.
- <sup>16</sup> Korean Association of Life Insurance (2000) *Fifty Years History of the Association of Life Insurance*, p. 311.
- <sup>17</sup> Kim, Chul-Kyo (1995) "Financial Environment & Life Insurance" in *Social Science Studies* Vol. 12.
- <sup>18</sup> *Donga Daily*, "Foreign companies are strong in life insurance industry, taking 17.4% of market share," 2005-01-12, p. 35; *Maeil Economy Daily*, "The market share of foreign life insurance companies is increasing," 2005-07-21.
- <sup>19</sup> *Ibid*, pp. 35-36.
- <sup>20</sup> Bancassurance, a coined French word of Assurance (insurance) and Banque (bank), refers to the sale of both insurance and bank products through business alliance or joint venture between banks and insurers.
- <sup>21</sup> Jeong, Hongju (2005) *Risk and Insurance in Korea*. Seoul: Munyoungsa.
- <sup>22</sup> Kim, Jae-Bong (1996) "A Study on the Managerial Factors Influencing the Economics of Scale of Korean Life Insurance Industry" in *The Journal of Social Science Study*, Vol. 3.
- <sup>23</sup> *Jeil Economic Daily*, "Small-and medium-sized foreign life insurance companies are strong in bankassurance business," 2006-02-27.
- <sup>24</sup> *Maeil Economic Daily*, "Insurance uncles are active," 2005-08-18.



## Captive forsikringsselskaber

af Lars Henrik Andersen og Charlotte Enggaard



Lars Henrik Andersen  
lars\_andersen@aon.dk

Danske virksomheder har fået øjnene op for mulighederne for selvforsikring. Muligheden består i at oprette eget forsikringsselskab – et såkaldt captive.

På verdensplan er der etableret omkring 5.000 captives siden den spæde start i 1960'erne. I Danmark er der etableret omkring 30 captives beliggende i Danmark eller andre lande. Et typisk dansk captive forsikrere virksomhedens egne risici – specielt bygning/løsøre.



Charlotte Enggaard  
charlotte.enggaard@carlsberg.com

Man kan hævde at forsikring ikke er kerneforretning for en industrivirksomhed, men på samme måde som virksomheden låner penge, handler valuta m.m., ønsker virksomheden størst mulig kontrol samt økonomiske fordele af at håndtere disse områder selv.

Der er noget paradoksalt i at en stor virksomhed med en god financial rating låner penge til et forsikringsselskab i form af præmiebetaling, for så at få pengene igen i tilfælde af en skade – vel og mærke uden renter, og måske til et forsikringsselskab der er dårligere finansielt stillet end virksomheden selv.

Ser man på de danske captives og deres regnskaber for 2005 er det påfaldende, at disse er bedre til at tjene penge end de almindelige forsikringsselskaber, og dette til trods for meget konservative investeringspolitikker.

Der findes ingen ”tommelfingerregel” for hvornår en virksomhed med fordel kan etablere et captive. Der eksisterer danske captives med præmievolument på omkring 4-5 mill. kr. – captives som vel og mærke tjener penge.

Virksomheder med god risikostyring samt skadesforløb bedre end gennemsnittet af tilsvarende virksomheder bør i det mindste undersøge om captives er en mulighed.

*Fordele ved captives:*

- Lavere præmierater.
- Instrument til selvforsikring.
- Direkte adgang til reinsurance markedet.

Charlotte Enggaard er Risk Management Director, Carlsberg Breweries International og Henrik Andersen er Manager hos Aon Insurance Managers, Denmark.

- Fleksible dækninger/egne forsikringsbetingelser.
- Omdrejningspunkt omkring risikostyring.
- Bedre cash flow.
- Finansindtægter af præmier.
- Uafhængighed af det normale forsikringsmarked.

*Ulemper ved captives:*

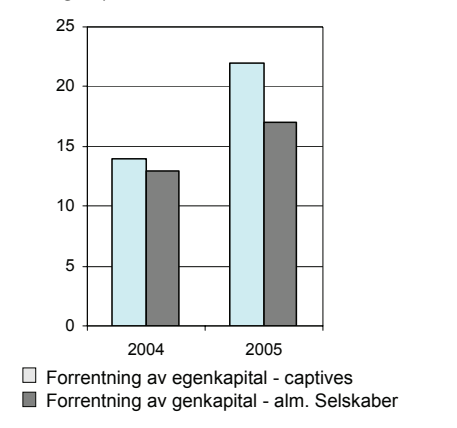
- Tidskrævende for virksomheden.
- Up-front omkostninger (driftsplan, feasibility studie m.m.)
- Dårlige skadeserfaringer.
- Ikke kerne-forretning for virksomheden.
- Kapital binding.
- Organisatoriske hindringer.

Carlsberg strategi for afdækning af forsikringsbare risici indebærer, at selskabet kan påtage sig relevante risici indenfor en given risikoprofil. Efter at have påtaget sig stigende selvrisici indenfor traditionelt forsikrings setup med forsikringsselskaberne samt opnået øget fokus på håndtering skader og forebyggelse af disse, viste analyser og vurdering af overvejelser om fordele og ulemper, at Carlsberg med fordel kunne omlægge til at håndtere selvbehold i et captive, hvorfor Carlsberg Insurance blev etableret for få år siden.

Det blev således besluttet at begynde med et område, der forsikringsmæssigt set for virksomhedens side var væsentligt samt et område med risici med relativ kort „levetid“, dvs risici relateret til bygning/løsøre. Indenfor bygning/løsøre opstår og afregnes skaderne indenfor en kort periode.

Valget af bygning/løsøre som område for captivet var begrundet i en forventning om at skulle lære at håndtere et captive ud fra den administrative synsvinkel, herunder regnskabsmæssig behandling og rapportering til Finanstilsyn. Endvidere er det en forudsætning for at påtage sig risiko et et captive, er at der vurderes at være styr på risikoen og også her er bygning/løsøre et velvalgt område, hvor der internationalt gennem en årrække er arbej-

Figur 1. Forrentning af egenkapital for danske captives sammenlignet med de almindelige danske forsikrings-selskaber. (Udarbejdet af Aon Insurance Managers.)



det med risikorapportering og -håndtering.

Captivet dækker således Carlsbergs bygning/løsøre internationalt, hvor dette kan lade sig gøre.

Captivet har i sin levetid understøttet Carlsbergs villighed til at bære relevante forsikringsbare risici internationalt indenfor en fastlagt risikoprofil.

Fremtiden for captives ser lys ud. Flere virksomheder vil udnytte de økonomiske fordele ved at deltage i egen forsikring. Et område som arbejdsskade og liv vil være interessant for mange captives.

Kapitalkravene vil ikke hindre virksomhederne, idet lovgivningens minimumskrav idag ligger på kr. 15,0 mill. for f.eks. brand, storm og arbejdsskade, medens kapitalkravet ved ansvarsforsikring ligger på kr. 22,5 mill.

Meget afhænger af om virksomhederne er indstillet på at beskæftige sig med denne del af forretningen, som ikke er kerneforretning, samt om man er indstillet på at opbygge den interne ekspertise, der kræves. På samme måde som mange virksomheder idag har opbygget finansafdelinger med medarbejdere indenfor aktiehandel, valutahandel m.m.

## Rättsskyddsdirektivet och Sverige

av Bill W. Dufwa



Bill W. Dufwa  
bill.dufwa@juridicum.su.se

Rättsskyddsförsäkringen föranleder lätt konflikter mellan försäkringsbolaget och den försäkrade. Efter den avreglering av den europeiska försäkringsmarknaden som det första skadeförsäkringsdirektivet från 1973 gick ut på, skedde en försiktig återgång med ökad samhällskontroll för rättsskyddsförsäkringens del genom ett speciellt direktiv från 1987. Sedan Sverige kritiserats av Europeiska kommissionen för att inte ha implementerat direktivet riktigt, föreslås den svenska lagen ändrad i Ds 2006:12. Många problem på området kvarstår dock.

### A. Inledning

1. 1987 antog EG:s Ministerråd ett direktiv om samordning av lagar och andra författningar angående rättsskyddsförsäkring.<sup>1</sup> I detta direktiv (rättsskyddsdirektivet) fick rättsskyddsförsäkringen för första gången en allmän europeisk definition i artikel 2, punkten 1 föreskrivs:

*”Sådan försäkring innebär ett åtagande att, mot betalning av premie, bära kostnaderna för rättsliga förfaranden och tillhandahålla andra tjänster som har direkt anknytning till vad en sådan försäkring omfattar, främst för att*

*- tillförsäkra ersättning för den förlust eller skada som den försäkrade åsamkats antingen genom utomprocessuell uppgörelse, eller genom civilrättsligt eller straffrättsligt förfarande,*

*- försvara eller företräda den försäkrade vid civilrättsliga, straffrättsliga eller förvaltningsrättsliga förfaranden eller vid andra liknande förfaranden eller i anledning av att ersättningskrav har riktats mot honom.”*

2. Såsom medlem av unionen tvingades Sverige omsätta detta direktiv i lag. Resultatet blev lag (1993:1303) om vissa avtalsvillkor för rättsskyddsförsäkring. Denna lag trädde i kraft den 1 januari 1994; den tillämpas endast på försäkringar som har meddelats efter ikraftträdandet. I fråga om definitionen av vad som

Bill W. Dufwa är professor emeritus i försäkringsrätt vid Juridiska fakulteten, Stockholms universitet. Han arbetar väsentligen i Paris och är där särskilt sysselsatt med arbete i grupper som eftersträvar en europeisk civilrätt, däribland en grupp som för Europeiska kommissionen utarbetar ett förslag till ett direktiv för en europeisk försäkringsavtalsrätt.

skall förstås med en sådan försäkring kunde den svenske lagstiftaren nöja sig med att hänvisa till den klassificering som verkställts i den svenska försäkringsrörelselagen. 1 § lyder:

”Denna lag gäller avtal om försäkring enligt 2 kap. 3 § första stycket klass 17 försäkringsrörelselagen (1982:713), rättsskyddsförsäkring.”

3. Den försäkring det här är fråga är inte lätt att hantera. Den förutsätter uppenbarligen att det föreligger en tvist mellan försäkringstagaren och en motpart. Genom att försäkringsvillkoren regelmässigt undantar flera typer av situationer förenklas rättsläget väsentligt. Inte heller behöver några problem uppkomma om den försäkrades motpart är en i förhållande till försäkringsbolaget helt utomstående. Och i de fall där försäkringstagaren dessutom inte har andra försäkringar hos sitt bolag än just rättsskyddsförsäkringen blir situationen än mer problemfri.

4. Men om det inte är fråga om en helt utomstående motpart till bolaget eller om försäkringstagaren har andra försäkringar hos bolaget kan det uppstå spänningar mellan bolag och försäkringstagare. Detta är sålunda exempelvis fallet om motparten är ett med försäkringsbolaget nära samarbetande företag eller, vilket är det värsta scenariot, om motparten är försäkringsbolaget självt. I det senare fallet har försäkringstagaren exempelvis också en brandförsäkring hos bolaget och hela tvisten gäller om denna omfattar en inträffad brand eller inte.<sup>2</sup>

5. Det är problem av denna art som ligger bakom rättsskyddsdirektivet och som kan förklara dess tillkomst. Vill man förstå hela direktivet i grunden är det emellertid inte tillräckligt att bara studera dess regler. Direktivet måste förstås mot sin historiska bakgrund och sättas in i ett större europeiskt sammanhang. Den fortsatta framställningen tar sikte på den

utveckling direktivet undergått i dessa hänseenden.

## B. Den tyska och den brittiska modellen

6. I det generella program såvitt avser försäkringsmarknaden som hade uppställts redan 1961 var siktet inställt på att alla hinder mot tjänste- och etableringsfrihet skulle vara avskaffade 1969. Men under dessa åtta år kom man i stället att ägna sig åt livliga diskussioner om vilka principer som skulle gälla för den europeiska försäkringsrörelserätten. Debattens motpoler blev den tyska respektive den brittiska modellen. Det sätt varpå staten kontrollerade försäkringsverksamhet i *Tyskland* representerade den ena ytterligheten i det väst-europeiska mönstret på området. En byråkratisk ordning med materiell förhandskontroll av premier och villkor härskade. För personförsäkring gällde vidare att kontrollen var utsträckt till premiesatser och tekniskt underlag för beräkningen av premier och reserveringar. Om man så vill kan man nog säga att det var skräcken för försäkringsbolags obestånd som i mångt och mycket var utgångspunkten för lagstiftarens ansträngningar. Den *brittiska* traditionen på området kännetecknades av frihet kombinerad med en plikt att offentliggöra uppgifter rörande försäkrarens ekonomiska ställning. Den negativa inställningen till en mera detaljerad tillsyn modifierades visserligen med åren; härtill bidrog framför allt konsumentskyddssträvanden och försäkringsbolagskonkurser. Men motsatsen till den tyska varianten förblev stor. Som bekant blev det den brittiska modellen som den europeiska försäkringsrörelserätten kom att sträva mot i betydligt högre utsträckning än den tyska, låt vara att den senare även framöver kom att ha ett visst inflytande. Denna strävan bort från den tyska modellen framträdde tydligt när det gäller rättsskyddsförsäkringen.

7. I Tyskland fanns vid denna tid ett principiellt förbud att driva rättsskyddsförsäkring tillsammans med andra försäkringar. Det gick heller inte att ”stoppa in” en rättsskyddsförsäkring som en del av andra försäkringar. Hela denna ordning ogillades i de strävanden som fanns under 60-talet och början av 70-talet till förmån för den brittiska modellen och vilka ledde till det första skadeförsäkringsdirektivet 1973.

### C. Det första skadeförsäkringsdirektivet (1973)

8. Med det första skadeförsäkringsdirektivet av den 27 juli 1973<sup>3</sup> startade den utveckling mot en enda europeisk försäkringsmarknad som skulle vara avslutad den 1 juli 1994, för Sverige ett år senare.<sup>4</sup> Direktivet var det första av de sex försäkringsdirektiv, vilka som mäktiga orgelstötter gick tvärs igenom hela den europeiska försäkringsbranschen, påskyndade hela den europeiska integrationen högst avsevärt och förändrade bilden av europeisk försäkringsrörelse totalt; ett oförargligt<sup>5</sup> direktiv rörande återförsäkring redan 1964<sup>6</sup> kan inte rubba denna bild.

9. Den första skadeförsäkringsdirektivet har tillsammans med det första livförsäkringsdirektivet,<sup>7</sup> vilket gavs några år senare, kallats ”etableringsdirektiv”. Auktorisation av ett försäkringsbolag i ett land blev automatiskt gällande i hela den europeiska gemenskapen. En auktorisation förutsatte emellertid att försäkringsbolaget hade blivit klassificerat såsom tillhörande en viss försäkringsklass. I bilaga till det första skadeförsäkringsdirektivet hade olika risker underkastats en särskild klassificering. Detta gick till så att man uppställde 17 försäkringsklasser. Den sjuttonde var rättsskydd. Denna täckte ”rättegångskostnader och andra kostnader i rättsliga angelägenheter. ”Med hjälp av dessa klasser kunde man klara av en del av risken för intressekonflikter som

kunde uppkomma av olika slag. Principen blev ju att tillstånd krävdes för varje försäkringsklass eller grupp av försäkringsklasser. Men från denna princip gjorde undantag som kan sägas ha gått i riktning mot den engelska modellen. Ett försäkringsbolag som beviljats auktorisation för en huvudrisk tillhörande en viss klass eller grupp av klasser tilläts i rättsskyddsdirektivet att också försäkra risker som ingick i en annan klass *utan* att särskild auktorisation fordrades för en sådan annan risk. Detta förutsatte dock att denna risk dels hörde samman med huvudrisken, dels avsåg det försäkringsobjekt som skadades mot huvudrisken och dels täcktes av det försäkringsavtal som omfattade huvudrisken. En rättsskyddsförsäkring kopplad till exempelvis en brandförsäkring kunde sålunda meddelas utan särskilt tillstånd.

10. En kredit- eller borgensförsäkring kopplad till en annan försäkring hade med stöd av detta undantag kunnat uppfattas som en underordnad risk. Men så långt ville man inte gå. Situationen kunde bli alltför känslig. Därför sorterades kredit- och borgensförsäkringar bort i sammanhanget. Sådana risker fick inte betraktas som underordnade risker till andra klasser. Men totalt sett kvarstår intrycket. Frånser man kredit- och borgensförsäkring, där en tydlig spärr uppställdes, kan man säga att den europeiska försäkringsrörelserätten i detta avseende hade startat så långt från den tyska traditionella ståndpunkten som möjligt.

11. Klar ställning mot den tyska ordningen (se 7 ovan) togs också i det första skadeförsäkringsdirektivet. Det antecknades att Tyskland hade ett förbud att inom dess område samtidigt bedriva verksamhet avseende sjukförsäkring, kredit- och borgensförsäkring, försäkring avseende regress mot tredje man samt rättsskyddsförsäkring eller att bedriva sådan verksamhet tillsammans med andra försäkringsklasser. Denna ordning fick Tyskland enligt artikel 7.2 c fortsätta att tillämpa ”i

avvaktan på ytterligare samordning, som måste genomföras inom fyra år efter detta direktivs anmälan”.

#### **D. Rättsskyddsdirektivet (1987)**

12. Det skulle dröja till 1987 innan denna samordning kunde genomföras. Det skedde genom rättsskyddsdirektivet 1987 (se 1 ovan). När detta direktiv kom hade inställningen till försäkringen börjat ändra sig. Avståndet till den tyska modellen hade börjat ifrågasättas. Visserligen byggde direktivet i mångt och mycket på det första skadeförsäkringsdirektivet. Syftet sades vara att förhindra intressekonflikter mellan en rättsskyddsförsäkrad och hans försäkringsgivare. Och det utgick från och upprepade kritiken mot den tyska ordningen; det medgavs att det krav på specialisering som gällde i Tyskland visserligen förhindrade de flesta intressekonflikter även om man sedan inte ville kräva en uppdelning av blandade försäkringsföretag i hela Europa.

13. Och när det gäller det sätt på vilket försäkringen meddelas blev det däremot inte fråga om annat än en upprepning av vad som gällde enligt det första skadeförsäkringsdirektivet. Försäkringsbolagen har två sätt att meddela försäkringen på. Antingen som ett separat försäkringsavtal eller också som en särskild del av ett försäkringsavtal. I den svenska lagen (2 §) formulerades detta direktivkrav på följande sätt:

*”Om en försäkring omfattar även andra försäkringsklasser än rättsskyddsförsäkring, skall avtalet om rättsskyddet utgöra en särskild del av försäkringsbrevet eller motsvarande handling. Rättsskyddets omfattning skall alltid anges i brevet eller handlingen.”*

14. Icke desto mindre kom med 1987 års rättsskyddsdirektiv en stark förändring, vilken kanske är den yttersta förklaringen till dess tillkomst. Med speciella undantag<sup>8</sup> skulle rättsskyddsförsäkring inte längre kunna anses

vara en risk underordnad andra försäkringsklasser för vilka koncession erhållits. Meddelar ett försäkringsbolag en sådan försäkring måste därför särskilt tillstånd inhämtas för rättsskyddsförsäkringens del. Det gick sålunda inte att ”stoppa in” försäkringen i en annan utan att ha fått särskild koncession på rättsskyddsförsäkringen. Försäkringen hamnade i samma situation som kredit- och borgensförsäkring, vars risker inte får behandlas som underordnade. Detta blev det *första steget* i förändrande riktning, om man så vill ett steg tillbaka mot den tyska ordningen.

15. I direktivet togs sedan det *andra steget* i riktning tillbaka mot den tyska modellen. Detta angick direkt den konflikt som kunde uppkomma mellan försäkringsbolaget och den försäkrade. Direktivet behandlade tämligen utförligt det sätt varpå konflikter mellan parterna skulle hanteras. Varje medlemsstat förpliktades att vidta de åtgärder som behövdes för att säkerställa att försäkringsgivare, etablerade inom dess territorium, antog minst en av tre alternativa lösningar, vilka envar ansågs på likvärdigt sätt ansågs tillvarata den rättsskyddsförsäkrades intressen. Medlemsstaten kunde själv bestämma vilket alternativ som måste väljas. Men staten kunde också samtycka till att försäkringsbolaget valde självständigt. De två första alternativen blev att försäkringsbolaget

1) skulle se till att ingen anställd som har befattning med handläggningen av skadeärenden inom rättsskyddsförsäkring eller med därmed sammanhängande juridisk rådgivning samtidigt utövar liknande verksamhet; vissa närmare förutsättningar för att detta alternativ skulle kunna väljas angavs också;

2) skulle anförtro handläggningen av skadeärenden avseende rättsskyddsförsäkring till ett företag som var en särskild juridisk person. Även detta alternativ kompletterades med vissa särskilda förutsättningar.

**16.** Det tredje alternativet, upptaget i artikel 3.2 c i direktivet, lyder:

*”Företaget skall i avtalet ge den försäkrade rätt att, från den tidpunkt då han kan rikta anspråk mot försäkringsgivaren, fritt utse advokat eller, i den utsträckning det medges i nationell lag, någon annan person med de kvalifikationer som behövs för att tillvarata den försäkrades intressen.”*

**17.** I den svenska lagen föredrogs detta alternativ. Det omsattes i 3 § första meningen, som lyder:

*”Ett avtal om rättsskyddsförsäkring, som meddelas av en försäkringsgivare som har koncession att driva försäkringsrörelse här i landet, skall ge den försäkrade rätt att vid försäkringsfall efter eget val utse en advokat eller annan lämplig person att biträda honom.”*

**18.** Omedelbart härefter tillade emellertid lagstiftaren ytterligare två meningar:

*”Denna rätt får inskränkas endast om valet av en viss person skulle medföra avsevärt ökade kostnader som inte är motiverade av den rättsliga angelägenhetens beskaffenhet eller omfattning. Den försäkrade skall under rättas om rätten att utse advokat eller annan lämplig person när han anmäler ett försäkringsfall till försäkringsgivaren.”*

**19.** Bestämmelsen kompletteras i direktivet med artikel 4.1:

*”Av varje försäkringsavtal om rättsskyddsförsäkring skall uttryckligen framgå att*

*a) den försäkrade skall kunna fritt välja advokat eller någon annan person som har behörighet enligt nationell lag att försvara eller företräda den försäkrade eller i övrigt tillvarata hans intressen vid undersökningar eller förhandlingar,*

*b) den försäkrade skall kunna fritt välja advokat eller, om han föredrar det och i den utsträckning det medges i nationell lag, någon annan person med de kvalifikationer*

*som behövs för att tillvarata hans intressen närhelst en intressekonflikt uppstår.”*

**20.** Rättsskyddsdirektivet, som skall skydda personer som har en rättsskyddsförsäkring, innehåller inte bara bestämmelser som skall förebygga intressekonflikter mellan de försäkrade och försäkringsbolaget. Det föreskriver också regler som skall möjliggöra en lösning av tvister mellan dessa båda. Detta syfte har uppfyllts genom artiklarna 6 och 7. Tanken bakom dess föreskrifter är att tvister skall lösas rättvist och snabbt.

**21.** Artikel 6 stadgar:

*”Medlemsstaterna skall vidta de åtgärder som behövs för att det genom skiljeförfarande eller något annat förfarande som ger motsvarande garantier om objektivitet kan fattas beslut om hur tvister mellan den som meddelat rättsskyddsförsäkring och en försäkrad kan lösas, utan att den rätt till överklagande hos rättsliga instanser som kan finnas enligt nationell lag påverkas.*

*I försäkringsavtalet skall anges att den försäkrade har rätt att använda sig av ett sådant förfarande.”*

**22.** Artikel 7 föreskriver:

*”När en intressekonflikt uppstår eller oenighet råder angående tvistens lösning, skall rättsskyddsförsäkringsgivaren eller, där det är lämpligt, skaderegleringsorganet, underätta den försäkrade om*

- de rättigheter som anges i artikel 4, och*
- en möjlighet han har att använda sig av ett sådant förfarande som avses i artikel 6.”*

**23.** Artiklarna 6 och 7 har ingen motsvarighet i den svenska lagen. Artikel 7 har inte ens blivit föremål för omnämnande i förarbetena<sup>9</sup>. Annorlunda med artikel 6, där det i motiven framhålls att svensk lagstiftning utöver rättslig prövning erbjuder flera olika sätt att lösa tvister vid oenighet mellan försäkringsbolag och försäkringstagare. Skiljeförfarande, idag enligt skiljemannalagen (1999:116) erbjuder

en möjlighet. Försäkringstvister kan också hänskjutas till Försäkringsbolagens Rättsskyddsnämnd. Konsumenter kan vända sig till Allmänna reklamationsnämnden. Det ansågs inte nödvändigt med lagstiftning över huvud för att införliva artikel 6 i svensk rätt. I stället överlämnades till försäkringsbolag och försäkringstagare att komma överens om ett lämpligt alternativt sätt att lösa tvister.

### **E. Kommissionen mot Sverige**

24. Den 21 mars 2005 överlämnades från Europeiska kommissionen till Sveriges ständiga representation vid Europeiska unionen en formell underrättelse. Kommissionen ansåg att Sverige inte hade efterlevt sina skyldigheter att införliva artiklarna 4, 6 och 7 i rättsskyddsdirektivet. En skrivelse i samma fråga hade överlämnats den 13 oktober 2004 till samma mottagare och den hade besvarats den 18 november 2004. Kommissionen gjorde gällande att Sverige aldrig införlivat artiklarna 6 (se 20 ovan) och 7 (se 22 ovan). I sitt svar framhöll den svenska regeringen att den svenska rättsordningen erbjöd flera alternativa sätt att lösa tvister, vilket också krävdes enligt artikel 6 i direktivet. Genom att parterna i ett försäkringsavtal kunde enas om alternativa sätt att lösa tvister hade artiklarna 6 och 7 införlivats; ytterligare åtgärder krävdes därför ej.

25. I sitt slutliga ställningstagande fann kommissionen att 3 § andra meningen i den svenska lagen, vari den försäkrades rätt att fritt välja advokat kunde inskränkas vid ökade kostnader (se 17 ovan), var oförenlig med artikel 4 (se artikel 18 ovan). Kommissionen tolkade också artiklarna 6 och 7 på ett annat sätt än den svenska regeringen gjort. Enligt kommissionen hade medlemsstaterna inte friheten enligt dessa artiklar att som Sverige gjort överlåta till parterna att själva bestämma om vilket tvistlösningsförfarande som skulle gälla. Det var medlemsstaternas skyldighet att vidta åtgärder

för att det gavs garantier om objektivitet i beslut om hur tvister mellan försäkringsbolaget och den försäkrade kunde lösas. De rättigheter som gavs de försäkrade enligt artiklarna 6 och 7 utgjorde en central och nödvändig del av systemet till skydd för de försäkrade och målet var att säkerställa dessa.

### **F. Högsta domstolen**

26. Den 15 november 2005 meddelade Högsta domstolen dom<sup>10</sup> i en tvist, vari 3 § andra meningen i den svenska lagen kom att prövas mot bakgrund av direktivets motsvarande bestämmelser. I fallet hade en part med rättsskyddsförsäkring hos Länsförsäkringar i en tvist biträttats av ett ombud som till bolaget inlämnade en kostnadsräkning för sitt biträde. I försäkringsvillkoren hade uppställts en rad villkor för att försäkringen skulle gälla rörande ombudets lämplighet, däribland att hans lämplighet prövats av Försäkringsbolagens Rättsskyddsnämnd. Då nämnden inte funnit att ombudet uppfyllde de krav på lämplighet som uppställts i villkoren vägrade Länsförsäkringar betala. Fråga i målet uppkom om det i avtalet uppställda villkor borde åsidosättas som ogiltigt på den grunden att det skulle stå i strid mot lagen om vissa avtalsvillkor för rättsskyddsförsäkring eller mot rättsskyddsförsäkringsdirektivet. Direktivets bestämmelser analyserades i domen. HD fann att villkoret stred mot direktivet. Att direktivet genomförts på sätt sket i svensk rätt innebar att den försäkrade inte var skyldig att avvakta något besked från försäkringsbolaget innan han utser ett ombud samt att, med visst undantag, försäkringsbolagen inte fick uppställa något annat krav på ombudet än att denne var lämplig. Kravet att ombudet uppfyllde villkoret att ha blivit prövad av Försäkringsbolagens Rättsskyddsnämnd stred därför också mot 3 § lagen om vissa avtalsvillkor för rättsskyddsförsäkring.



### G. Lagstiftningen ändras

27. I Ds 2006:12 har föreslagits att 1993 års svenska lag ändras. 3 § andra meningen i lagen (se 18 ovan) har föreslagits upphävd. I anslutning till finsk lag har föreslagits en regel som innebär att i en tvist mellan bolag och försäkrad en opartisk nämnd skall avge yttrande, om den försäkrade begär detta. Denna rätt skall anges i försäkringsvillkoren. När en tvist uppstår skall den försäkrade underrättas om att han har denna rätt. Avtalsvillkor som begränsar den försäkrades rätt enligt lagen är ogiltigt.<sup>11</sup> Dessa nya lagbestämmelser föreslås träda i kraft den 1 april 2007.

### H. Sammanfattning

28. Den rättsutveckling som skett i Europa när det gäller rättsskyddsförsäkringen är ett typiskt uttryck för bakomliggande strävanden mot en avreglering av hela den europeiska försäkringsmarknaden. De nya riktlinjerna drogs upp i det första skadeförsäkringsdirektivet från 1973 och avregleringsivern gjorde sig här omedelbart gällande såvitt avser rättsskyddsförsäkringen. Med rättsskyddsdirektivet 1987 kom emellertid en reaktion. Försäkringen som sådan är svårhanterlig på grund av de konflikter som lätt kan uppkomma mellan försäkringsbolag och försäkrad och man var tvungen att med hjälp av ett speciellt direktiv försöka stävja en utveckling där den rättsskyddsförsäkrade helt enkelt som en följd av avregleringen blivit otillräckligt skyddad. Det skedde, dels genom vidgade krav på auktorisation av försäkring mot rättsskydd (se 14 ovan), dels genom att understryka den försäkrades frihet att fritt utse ombud med de kvalifikationer som behövs för att tillvarata den försäkrades intressen (se 16 och 17 ovan), dels genom regler för hur konflikterna konkret skulle stävas (se 18-22 ovan).

29. Sverige har konfronterats med rättsskyddsdirektivet i två avseenden. *Dels* har den begränsning av rätten till frihet att fritt utse ombud som den svenske lagstiftaren en gång föreskrivet visat sig sakna grund i direktivet, *dels* har den frihet att överlåta till parterna själva att bestämma om vilket tvistlösningsförfarande som skall gälla också visat sig sakna sådan grund (se 24-26 ovan). I förra avseendet har vår lagstiftare varit skeptisk till frihetens evangelium, i det senare alltför generös. När det gäller tvistlösningsförvarandet kan man åtminstone förstå hur lagstiftaren resonerat. Däremot är det svårt att förstå hur lagstiftaren så till den grad kan ha litat på de kostnadsbegränsningar som uppställdes; de var i försäkringsbolagens intresse men saknade varje spår av relevans i rättsskyddsdirektivet.

30. Den stora tvistefrågan har traditionellt varit möjligheterna att fritt utse ett ombud och vilka kriterier som skall gälla här. Rättsutvecklingen visar att denna fråga, som är den enda Rättsskyddsnämnden befattar sig med, ingalunda är den enda. Perspektivet måste vidgas. Många problem kvarstår. Det finns anledning fästa uppmärksamheten på en sådan särskild fråga, som har att göra med försäkringsbolagens praxis. Antag att ett försäkringsbolag, som meddelat rättsskyddsförsäkring, helt enkelt anser sig veta bättre om rättsläget än den försäkrade i en tvist om den andra meddelade försäkringen, exempelvis en brandförsäkring. Så länge den försäkrades påstående att rättsskyddsförsäkringen kan utnyttjas inte är *uppenbart ogrundad* står det i strid med rättsskyddsdirektivets andemening att vägra låta rättsskyddet gälla. Skyddet behövs just för att den försäkrade med juridisk hjälp skall kunna utreda om brandförsäkringen gäller. Om den försäkrade går till domstol för att få rätten att utnyttja rättsskyddsförsäkringen bör det räcka för domstolen att konstatera att den rättsfråga som tvisten gäller angår

ett spörsmål där det finns en chans, till och med en liten sådan, att vinna. Talan bör i detta läge bifallas på denna grund. Eftersom rättsskyddsdirektivet kränkts kan den försäkrade för de förluster han gjort genom bolagets vägran kunna erhålla skadestånd. Skulle en domstol i sista instans ogilla talan riskerar Sverige ett nytt ingripande av kommissionen, denna gång kanske genom talan mot Sverige vid EG-domstolen.

#### Noter

- <sup>1</sup> Rådets direktiv 87/344/EEG av den 22 juni 1987 om samordning av lagar och andra författningar angående rättsskyddsförsäkring.
- <sup>2</sup> Jfr preambeln till rättsskyddsdirektivet från 1987: ”Till skydd för försäkrade bör åtgärder vidtas för att så långt som möjligt förhindra att intressekonfliketer mellan en rättsskyddsförsäkrad och hans försäkringsgivare uppkommer till följd av att den senare tillhandahåller den försäkrade skydd avseende någon av de försäkringsklasser som anges i bilagan till direktiv 73/239/EEG...”.
- <sup>3</sup> Rådets första direktiv 73/239/EEG av den 24 juli 1973 om samordning av lagar och andra författningar angående rätten att etablera och driva verksamhet med annan direkt försäkring än livförsäkring.
- <sup>4</sup> Jfr prop. 1998/99:87 s. 125. Gränserna är öppna men det har sagts att möjligheterna till gränsöverskridande handel – utan etablering – utnyttjas i mycket liten grad. Det har också understrukits att nationella skatteregler motverkar den inre marknaden. Så, i båda dessa hänseenden, Hertzman i NFT 2000 s. 154.
- <sup>5</sup> Direktivet innehöll bestämmelser som egentligen bara fastslog vad som redan gällde, nämligen att marknaden inom de sex medlemsländer det då var fråga om var fri såväl när det gällde etablering som tjänstefrihet såvitt avser återförsäkring.
- <sup>6</sup> Direktiv 64/225 EEG av den 25 februari 1964.
- <sup>7</sup> Rådets första direktiv 79/267/EEG av den 5 mars 1979 om samordning av lagar och andra författningar om rätten att starta och driva direkt livförsäkringsrörelse .
- <sup>8</sup> En rättsskyddsförsäkring fick dock behandlas som underordnad om den avsåg tvister eller risker med anknytning till högsjöfart (klasserna fartyg eller fartygsansvar) eller om huvudrisken föll under klassen assistans. Se 2 kap. 3 a § första och tredje styckena försäkringsrörelselagen (1982:713).
- <sup>9</sup> Jfr prop. 1992/93:257 s. 138 ff.
- <sup>10</sup> NJA 2005 s. 745.
- <sup>11</sup> En ny paragraf (3 a §) i lagen om vissa avtalsvillkor för rättsskyddsförsäkring har sålunda föreslagits lydande:  
*”I en tvist om rättsskyddsförsäkring mellan försäkringsgivaren och försäkrade skall yttrande avges av en opartisk nämnd, om den försäkrade begär det.  
Rätten att begära ett sådant förfarande som anges i första stycket skall anges i försäkringsvillkoren. När en tvist uppstår skall den försäkrade underrättas om att han har denna rätt.”*

## **Forsikringssvindel ”down under”** **– rapport fra en studiereise til Australia og New Zealand**

av Erik Hagelsteen Vik



*Erik Hagelsteen Vik*  
erik.hagelsteen.vik@fnh.no

*Forfatteren ble tildelt Den norske Forsikringsforenings jubileumsstipend for 2005. Denne artikkelen er et sammendrag av hans rapport fra stipendoppholdet i Australia og New Zealand.*

Gjennom et nordisk samarbeid har man på bakgrunn av spørreundersøkelser, forskningsoppgaver, konkrete prosjekter og egne data kommet fram til at det svindles for ca 10 % av alle skadeutbetalinger. Innen enkelte bransjer er det mindre, i andre bransjer er det mer. De totale erstatningsutbetalinger innen skadeforsikring i Norge er ca 20 milliarder kroner. Forsikringsselskapenes tap knyttet til svindel er således ca 2 milliarder kroner pr. år. Innen personforsikring antas svindelen å være 3-5 %. Dette utgjør ca 1 milliard kroner, og det totale årlige svindelomfanget i Norge utgjør således ca 3 milliarder kroner.

Forsikringsnæringen har i flere år vært opptatt av å redusere svindelen. Et av tiltakene har vært å ansette utredere som har som primæroppgave å forebygge eller avdekke svindel. Antallet utredere har nå passert 60 personer fordelt på 7 forsikringsselskaper. I 2005 av-

dekket disse utrederne forsikringssvindel for 277,5 millioner kroner.

Dette gir et klart signal til kundene om at forsikringsnæringen tar dette samfunnsproblemet på alvor. Forsikringsselskapene er opptatt av å gjøre det vanskeligere for potensielle svindlere, og det er en forutsetning at hensynet til ærlige kunder skal stå i sentrum når svindel skal bekjempes. Dette setter ikke bare store krav til forsikringsselskapene, men også krav og forventninger til politiet og øvrige myndighetsorgan.

Vi forsøker hele tiden å være innovative og proaktive i vår streben etter ytterligere å bli bedre innen vårt arbeidsfelt. Vi har i dag gode relasjoner til våre søsterorganisasjoner i Norden samt et europeisk nettverk som stadig er

---

*Erik Hagelsteen Vik er fagsjef i skadepolitisk avdeling i Finansnæringens Hovedorganisasjon.*

under utvikling. Dette har vi sett på som umåtelig viktig, da internasjonaliseringen stadig blir mer fremtredende og viktig.

Selv om forsikringsbransjen i Norge har høstet anerkjennelse i arbeidet med å forebygge eller avdekke forsikringssvindel i Europa, må vi kontinuerlig søke kunnskap om andre land eller kontinent har ytterligere kunnskap eller ideer som vi selv kan dra nytte av.

I den anledning ønsket vi å studere hvordan australske forsikringsselskaper håndterer dette problemet.

### **New Zealand**

Australian Branch of International Association of Auto Theft Investigators (IAATI) avholdt sin års konferanse for første gang i Wellington på New Zealand. Jeg var invitert til å være foredragsholder og skulle snakke om hva FNH gjør for å forebygge og avdekke svindel knyttet til motorvogn. IAATI er en internasjonal organisasjon som er mer enn 50 år og har medlemmer hovedsakelig fra politi og forsikring.

Konferansen var meget innholdsrik, og var et nyttig bidrag til å få grunnleggende perspektiv om hva som gjøres i forbindelse med svindel som i hovedsak var knyttet til motorvogn. New Zealand har et spesielt geografisk område, landet består av to øyer og avstanden til Australia er ganske stor. Dette betyr ikke at New Zealand er forskånet for bilkriminalitet.

Bilprodusenter fra Japan har, på linje med europeiske produsenter, samme fokus på å gjøre bilen umulig å bruke uten å ha rett nøkkel. Så langt er dette vel og bra for bileiere som har ærlige hensikter.

Derfor blir det meget underlig når japanske biler som er ment for bruk i Japan (ikke eksport) ikke har slik tyverisikring. I forbifarten har jeg lyst til å nevne at Japan har tilsvarende problemer som andre land når det gjelder tyveri av biler. Kriminelle i Japan har derfor en meget enkel "jobb".

New Zealand kan på mange måter sammenlignes med Norge. Folkeantallet er tilnærmet likt, og landet har heller ingen kjøretøyproduksjon. Årlig importeres det 160.000 kjøretøyer fra Japan, altså biler som er produsert for det japanske markedet. Dette har medført at New Zealand og Australia har store problemer med biltyverier. I motsetning til utviklingen i Europa har New Zealand og Australia fortsatt et stort antall kjøretøyer som blir stjålet i forbindelse med "joyriding". Joyriding er i dag nesten fraværende i Europa, når vi snakker om nye biler som har avanserte startsperrsystemer. For de som ikke er kjent med begrepet "joyriding", er dette et bilbrusstyveri for å komme seg fra et sted til et annet. Bilen blir hensatt etter bruk. Tidligere var dette enkelt å gjøre med biler som ikke hadde avanserte startsperrer.

I 2005 ble det stjålet 20.860 kjøretøyer på New Zealand, dvs. 51 overtredelser pr. 10 000 innbyggere. Når det gjaldt tyveri fra bil, var antall innbrudd 47.288. Det som er veldig interessant, er at nedgangen i biltyveri siden 2001, kun har vært 1,5 %. Til sammenligning har nedgangen i Australia og UK i samme periode vært henholdsvis 40 og 30 %.

80 % av stjalne kjøretøy gjenfinnes etter få dager, 20 % forblir borte for alltid, enten ved eksport, identitetsbytte eller solgt som deler. Innen EU forblir nær 50 % av stjalne kjøretøy borte for alltid. Geografiske forskjeller virker nok inn her.

Myndighetene i New Zealand ved Crime Prevention Unit (CPU), Ministry of Justice satt ned en ekspertgruppe som har et klart mandat i å redusere bilkriminalitet. Hovedproblemet har vært:

- Kjøretøyparken har ikke vært sikret med startsperre
- Problemer med å avdekke stjalne kjøretøyer med endret identitet
- Utilstrekkelig data av stjalne kjøretøy

Ut ifra dette har CPU kommet frem med 6 konkrete tiltak:

- Alle kjøretøyer nyere enn 15 år skal ha montert startsperre, AU/NZ standard
- Alle kjøretøyer nyere enn 15 år skal ha en form for unik merking som for eksempel MicroDots
- Sikre parkeringsplasser, overvåkning og gode lysforhold
- Forbedret bildatabase
- Forbedret vrakhåndterings program
- Operativ politienhet som kun jobber med bilkriminalitet.

Disse tiltakene blir iverksatt innen utgangen av 2006. CPU hevder at gevinstene fører til reduserte kostnader, redusert frykt for denne kriminalitet, frigjør politiresurser og at forsikringspremiene på motorvogn blir redusert. Det blir spennende å følge utviklingen i New Zealand.

Forsikringsselskapene på New Zealand har et skaderegister som tilsvarende det norske FOSS-registeret. Vårt register kan som kjent ikke benyttes ved tegning av forsikring. På New Zealand benyttes registeret både når en skade er innmeldt og også når forsikring tegnes. Men konkurransen er hard mellom de 15 forsikringsselskapene i New Zealand slik at kunder som var uønsket i ett selskap, lett får tegnet forsikring i et annet selskap.

### Australia

Australia er i utstrekning like stort som USA, men innbyggertallet er kun 20 millioner. Til sammenlikning har USA 299 millioner mennesker.

En uavhengig forskningsgruppering i Australia har kommet frem til at forsikringssvindel koster samfunnet AUD 2 milliarder årlig, eller NOK 10 milliarder. Innen bransjen motorvogn, har forskningsgruppen kommet frem til at 25 % av skadetilfellene er svik. Dette er for så vidt oppsiktsvekkende. I Europa opererer man med en svindelprosent mellom 10-

15 % innen motorvogn. I Australia representerer motorvogn 35 % av alle utbetalingene. Til sammenlikning med norske forhold utgjør motorvogn 46 % av alle utbetalingene innen skadeforsikring.

Bekjempelse av forsikringssvindel har god forankring i forsikringsselskapene. Det er kun de største selskapene som IAG og Allianz som har egne utredere. Ellers benyttes selvstendige utredningsselskaper som utelukkende arbeider med forsikringssvindel. I motsetning til Norge, må utredere i Australia gjennom en godkjenningsordning som er ledet av politiet. De må gjennom 4 moduler for å få autorisasjon som utreder. Utdannelsen gjennomføres i løpet 6-8 måneder, med avsluttende eksamen. Kostnadene forbundet med dette belastes den enkelte.

Min kontakt i NRMA Insurance, et selskap under IAG og Australias største, opplyste at selskapet var veldig forsiktig med å offentliggjøre svindeltallene. Det var selskapets policy.

I Norge har forsikringsnæringen til tider problemer med å få politiet engasjert i saker som berører forsikringssvindel. AIG hadde positive erfaringer med politiet i større saker. Når politiet ble engasjert i saken, ble saken grundig etterforsket og forsikringsselskapet ble aktivt benyttet i etterforskningen. Under slik etterforskning ble det undertegnet avtaler mellom politiet og forsikring som omhandlet taushetsplikt. Dette fungerte veldig bra. Sakene ble alltid fremmet for domstolen, og sakene var alltid godt forberedt.

I Allianz Insurance fikk jeg bekreftet at forsikringssvindelen ikke var offentlig og at selskapene ikke gikk ut med dette av hensyn til konkurransen. Selskapets erfaring var at motorvogn klart var det største svindelsområdet. Deretter kom yrkesskadeforsikring og hjemforsikring på de neste plassene. Allianz hadde automatiserte svindelindikatorer. Ca 90 % av alle sakene ble fanget opp fra dette systemet. Det var bare de største selskapene som hadde automatisert dette. På grunn av

store avstander ble ofte private utredere benyttet.

AAMI er et forsikringsselskap som hovedsakelig er rettet mot motorvogn, og er det nest største på motorvogn i Australia. AAMI hadde ikke automatiserte svindelindikatorer, men saksbehandlerne var godt trent i hva de skulle spørre etter. Dersom de kom over en "grense" på sitt skjema, ble saken sendt direkte til utredningsenhet. Selskapets utredningsenhet utreder ikke sakene selv. De kvalitetssikrer sakene, går igjennom dem på nytt, og i fall noe er mistenkelig, blir de satt ut til private utredere. Utrederen har da 14 dager til disposisjon for å gjøre saken ferdig. Etter at utreder er ferdig med saken sendes saken tilbake til AAMI som avgjør saken.

I saker der selskapet ikke betaler ut erstatning, og kunden er uenig i dette, går saken til selskapets egen ombudsmann som tar stilling til om kunden har rett eller ikke. Sier ombudsmannen at kunden har rett, blir beløpet utbetalt umiddelbart. Dersom kunden ikke får medhold, kan sakens prøves for en offentlig ombudsmann, tilsvarende vårt forsikringsklagekontor.

Selskapets saksbehandlere ble regelmessig trent/undervist. Hver tredje uke ble det gjennomført undervisning. Det var helt avgjørende at saksbehandlerne var gode til å kommunisere samt spørrende.

Nær 50 % av sakene som ble sendt til utredningsavdelingen ble nektet utbetaling. 0,8 % av alle skadekrav utredes. Gjennomsnittlig kostnad på saker til utredning ligger på AUD \$ 1.200, eller ca NOK 6.000. De fleste sakene er relatert til bilkriminalitet, promillekjøring, falske ulykker og tyveri fra hjemmet.

I vår del av verden sliter vi med å få myndighetene på banen i forhold til bilkriminalitet. Denne type kriminalitet er meget godt organi-

sert og generer enorme summer. Hovedproblemet er at dette blir sett på som regulær vinningskriminalitet og av den grunn viet liten oppmerksomhet.

Australia og New Zealand er foregangsland til å ha fokus på dette. I Melbourne hadde jeg gleden av å besøke adm. dir Roy Carol i National Motor Vehicle Theft Reduction Council, NMVTRC. Deres visjon er å oppnå den laveste graden av motorvogntyverier i den siviliserte delen av verden. Mr. Ray Carol sa følgende om NMVTRC sitt mål:

*To deliver a culture of continuous and sustainable vehicle theft reduction in Australia by advancing reform and cooperation between industry, government and community stakeholders.*

NMVTRC har vært en suksess siden oppstarten i 1999. Følgende er representert:

All Australian governments  
The Insurance Council of Australia  
Police Minister's Council  
Australian Automobile Association  
Austroads  
Motor Trades Association of Australia  
Federal Chamber of Automotive Industries

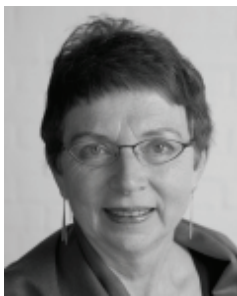
Her arbeides det tett mellom politi, forsikring, bilbransje og andre problemeiere.

I 2005 ble det stjålet ca 80.000 kjøretøyer i Australia og mer enn 18000 kom aldri til rette. I Norge har vi forsøkt å finne ut hvor det blir av de bilene som forblir borte. Dette har vi ikke klart å tallfeste. NMNTRC har imidlertid kommet frem til følgende fordeling: 56 % blir dumpet i vann, 26 % blir til deler, 14 % blir gitt ny identitet eller klonet, 4 % blir eksportert.

Mr. Carol påpekte viktigheten med "Thinking nationally – Acting Locally." Dette sliter vi med å få til i Norge.

## Senkarriere 50+ – en undersøgelse i Forsikring

af Lisbet Lund



Lisbet Lund  
ll@dfi.dk

*Baggrunden for at Danske Forsikringsfunktionærers Landsforening (DFL) i 2005 gennemførte en undersøgelse blandt medlemmer over 50 år var, at vi igennem flere år havde måttet konstatere, at det var disse medlemmer, der først og fremmest blev opsagt i forbindelse med fyringsrunder eller nedskæringer i selskaberne. Vi havde også sager, hvor medlemmerne over 50 år fik advarsler for ikke at leve op til målene for deres arbejde. Fra DFL's side havde vi taget problemet op i Samarbejdsrådet for Dansk Forsikring uden at dette havde ført til konkrete tiltag.*

Alt dette dannede baggrund for, at DFL på sit Landsmøde i 2004 vedtog, at der i den følgende 2-årige periode skulle gøres en indsats i forhold til medlemmerne over 50 år. Der blev på Landsmødet vedtaget følgende:

*DFL skal arbejde for, at ældre medarbejdere kan blive længere på arbejdsmarkedet. Der skal gøres en indsats for, at det i selskaberne bliver accepteret, at ældre medarbejders muligheder og kvaliteter kan være anderledes end de yngre medarbejders.*

En af følgerne blev, at det ved overenskomstforhandlingerne 2005 blev aftalt, at seniorbestemmelserne i overenskomsten skulle redigeres, så det blev tydeligt, at medarbejdere, der er fyldt 58 år har ret til at gå ned i arbejdstid til et sted mellem 80 og 100 %. Desuden blev der givet medarbejdere, der er fyldt henholdsvis 60 og 62 år, ret til at gå ned til mellem 70

og 100 % og 60 og 100 % i arbejdstid og samtidig opretholde hidtidige pensionsindbetaling.

I forvejen indeholdt overenskomsten en bestemmelse om, at medarbejdere, der ved ferieårets begyndelse er fyldt 50 år, har ret til 2 dages ekstra ferie ud over den i ferieloven fastsatte ferie.

DFL's medbestemmelsesudvalg behandlede også Landsmødets vedtagelse og besluttede, at DFL på forskellig måde skulle følge op på vedtagelsen. Der skulle gøres en indsats for, at selskabernes samarbejdsudvalg tog emnet om seniorernes forhold i selskabet på dagsordenen. Desuden skulle der gennemføres en undersøgelse blandt DFL's medlemmer over 50 år. Med en undersøgelse ønskede

---

*Lisbet Lund er Faglig sekretær i Danske Forsikringsfunktionærers Landsforening (DFL)*

udvalget at få belyst de pågældende medlemmers holdninger til:

- jobmuligheder
- attraktivt arbejde
- lønforhold
- uddannelse og
- forventninger frem til det fyldte 65 år.

Udvalget formulerede og afprøvede et spørgeskema inden udsendelsen..

### **Selve undersøgelsen**

Der blev udsendt breve til 2688 medlemmer over 50 år. De fik en adgangskode, så de kunne besvare undersøgelsens spørgsmål via DFL's hjemmeside. Der indkom 674 (25 %) besvarelser fra de adspurgte. 422 fra kvinder og 252 fra mænd.

### **Resultatet af undersøgelsen**

*Aldersfordeling hos deltagerne:*

- 41 % var mellem 50-54 år
- 42 % var mellem 55-59 år
- 17 % var mellem 60-64 år

*Fuldtids-/deltidsbeskæftigelse:*

Med hensyn til beskæftigelse, så arbejdede 83 % på fuld tid. De resterende 17% arbejdede på deltid. Af dem angav mere end halvdelen, at de havde benyttet sig af overenskomstens muligheder for at få nedsat arbejdstid.

*Anciennitet i branche, selskab og funktion:*

20 % angiver, at de har været 30-35 år i branchen og 394 angiver at de har været mellem 16 og 35 år i det samme selskab. De fleste har arbejdet 1-10 år med den samme funktion. Dog angiver 7 %, at de har arbejdet i samme funktion i mellem 31 og 35 år.

### **Forventninger frem til det fyldte 65 år**

*Efterlønsalder:*

1/3 angav, at de ville gå på efterløn, når de blev 60 år. 2/3 ville fortsætte efter det fyldte 60 år. Over halvdelen af dem ville gå på efterløn ved 62 år, men 39 % angav, at de ville blive til de fylder 65 år. Denne gruppe angav også, at de ikke har forventninger om at avan-

cere, men at de forventer at fortsætte i nuværende funktion. En lille andel angav, at de var villige til at påtage sig mindre krævende funktioner.

*Arbejdstid:*

1/3 angav, at de gerne vil ændre til færre arbejdstimer. 2/3 vil fortsætte som nu.

*Mindre krævende job og ned i løn:*

51 % af samtlige er villige til at skifte til mindre krævende job. 49 % er ikke. 28 % af samtlige angiver også, at de er villige til at gå ned i løn.

*Kompetenceudvikling:*

90 % angiver, at de er motiverede for faglig udvikling og 90 % har også været på efteruddannelse indenfor de seneste 2 år. Ca. halvdelen endda indenfor det seneste år.

*Fuldgyldige medarbejdere:*

95 % opfatter sig som fuldgyldige medarbejdere. Men 5 % tilkendegiver det modsatte. Tilkendegivelserne kommer fra både kolleger og ledelse.

*Dialog med ledelsen:*

27 % angiver, at de har talt med ledelsen om deres forventninger til fremtiden. 73 % har ikke.

### **DFL's kommentarer til undersøgelsens resultater**

Det er DFL's opfattelse, at undersøgelsens resultater viser, at der i gruppen af medarbejdere over 50 år er basis for at få dem til at blive længere på arbejdsmarkedet. Mange er parate til at blive i branchen til de bliver 65 år. Og blandt de medarbejdere, der ønsker at gå på efterløn, vil mange vente til de bliver 62 år. Undersøgelsen afslører desværre samtidig, at der er en overraskende mangel på dialog mellem ledelse og medarbejder. Langt de fleste angiver, at de ikke har talt med ledelsen om deres ønsker for fremtiden.

Men der er altså blandt medarbejderne over 50 år en arbejdskraftressource, som kan være



med til at imødekomme fremtidens krav om, at flere skal være engagerede i arbejdsstyrken. Det er dog ikke uden betænkelighed. En analyse af de skriftlige udsagn i undersøgelsen viser i den forbindelse, at beslutningen afhænger af arbejdsforholdene. Hvis betingelserne er gode, vil man gerne fortsætte. Er det modsatte tilfældet, vælger man efterlønnen i stedet.

Det er positivt, at langt de fleste er motiverede for fortsat faglig udvikling og at mulighederne for uddannelse og kompetenceudvikling er til stede.

En del har været ansat i forsikringsbranchen mellem 30 og 35 år – dog ikke altid i det samme selskab og slet ikke i den samme funktion.

De fleste svarer, at de har arbejdet med de samme funktioner i fra 1 til 10 år. Dette indikerer, at de har et godt kendskab til selskabet, til branchen og at de har en bred erfaring. Ikke mindst viser det noget om den store fleksibilitet, der findes blandt medarbejderne. De forandrer sig med jobbet og er parate til at påtage sig nye opgaver, når der er behov for det.

### **Opfølgning af undersøgelsen**

Undersøgelsens resultater blev formidlet på forskellig vis og målrettet til forskellige grupper. Generelt blev undersøgelsen omtalt på DFL's hjemmeside og i Forsikringsfunktionæren blev resultatet også omtalt. DFL's hovedbestyrelse, forskellige udvalg i DFL og samtlige formænd og næstformænd i de lokale personaleforeninger behandlede resultatet af undersøgelsen. Hensigten med dette var, at de alle skulle have et godt kendskab til resultatet, så de kunne bruge det i de sammenhænge, de i øvrigt indgår i, eksempelvis i selskabernes samarbejdsudvalg. Behandlingen af undersøgelsen mundede ud i en opfordring til, at man lokalt får udarbejdet politikker omhandlede forholdene for medarbejdere over 50 år.

Undersøgelsens resultater blev også præ-

senteret og drøftet i Samarbejdsrådet for Dansk Forsikring. Især blev den manglende dialog mellem ledelse og medarbejder drøftet. I nogle selskaber tager man fat på emnet i medarbejdersamtalerne uanset om det er yngre eller ældre medarbejdere. I andre har man valgt at indføre samtaler om fremtiden mellem HR-konsulent, leder og medarbejder.

Problemet med den manglende dialog er desuden formidlet til selskabernes personalechefer.

Undersøgelsens resultater blev i efteråret 2005 også forelagt på et seminar om senkarriere, arrangeret af Forsikringsakademiet.

### **Den fremtidige indsats**

IDFL's regi bruges undersøgelsens resultater fortsat i forskellige sammenhænge og vores fokus på emnet fortsætter.

På DFL's Landsmøde i maj 2006 lød startskuddet til en indsats i den kommende periode. Indsatsens slogan er: Tid til et godt arbejdsliv. Dette gælder selvfølgelig også medarbejdere 50+.

På Landsmødet blev der desuden vedtaget følgende indsats:

*DFL skal arbejde for, at ældre medarbejdere kan blive længere på arbejdsmarkedet. Dette skal bl.a. ske ved at fremme dialogen mellem ledelse og medarbejdere om planlægning af karrieren frem til fratrædelse til gavn for begge parter.*

### **Efterskrift**

Som et supplement til denne artikel er efterfølgende et aftryk af Arbejdsmarkedsstyrelsens internetside "Seniorpraksis.dk" med et eksempel på et Seniorkatalog fra Nordea Danmark.

På adressen <http://www.seniorpraksis.dk> findes i øvrigt flere eksempler på senioraftaler, cases m.m.





## Senioraftaler er en god forretning for alle

**Personalechef Niels Gregers Hansen fra Nordea ved kun alt for godt, at virksomheden mister værdifuld viden, hver gang en seniormedarbejder stopper. Niels Gregers Hansen ved også, at det kan være svært at finde en ny medarbejder, hvis en seniormedarbejder forlader virksomheden. Der er nemlig mangel på arbejdskraft i finanssektoren.**

### Et regnestykke, der giver plus

Indtil for nylig havde Nordea Danmark et fratrædelseskatalog med ordninger, der i princippet belønnede folk for at gå. Baggrunden var, at det var der historisk set behov for, fordi Nordea havde for mange medarbejdere. Sådan ser virkeligheden ikke ud i dag. "Der er generelt mangel på medarbejdere i finanssektoren", siger Niels Gregers Hansen. "Vi kan se nogle store årgange, der ruller mod de 60 år, og vil gerne sende et signal om, at de gerne må blive lidt længere. Vi har derfor udviklet en senioraftale, som giver alle medarbejdere fem ekstra feriedage om året fra det kalenderår, de fylder 61 år. Året efter kan medarbejderen vælge at nedsætte deres ugentlige arbejdstid med ti procent uden at gå tilsvarende ned i løn. Desuden optjener medarbejderen en godtgørelse for hver måned, de bliver i banken, efter de er fyldt 62 år. Godtgørelsen udbetaler vi, når medarbejderen trækker sig tilbage. Ved at sætte "kolde kontanter" bag vores ordning får vi fokus på området, og det har en vigtig signalværdi for hele organisationen".

### Aftalerne virker ikke – kun på papiret

At aftalerne giver bonus i Nordeas afdelinger er Karl Henning Petersen, områdedirektør i Lyngbyafdelingen, et glimrende eksempel på. Han er selv en af rådets 11 medarbejdere, der i år er fyldt 60 år. "Jeg har selv tænkt mig at fortsætte som hidtil. Selvom det måske bliver svært at gå ned i tid i min position, så vil jeg da tage imod den ekstra

uges ferie og også gerne kontanterne, når den tid kommer", siger han med et smil. "Bare det, at man laver en overordnet senioraftale, tror jeg, virker som et skulderklap. At banken beder os om at blive og tilbyder os noget for det er positivt. Mange er glade for de ekstra muligheder, aftalen giver, og det er også rart med en melding om, at banken gerne vil have, at vi bliver. Jeg er overbevist om, at vi har fået en god aftale, som alle er glade for og tilfredse med", siger Karl Henning Petersen.

### Seniorerne er med til at fastholde kunderne

Personalechefen og områdedirektøren er enige om, at aftalen også er vigtig for forretningen Nordea. "Vi ønsker at bevare kontinuiteten i forhold til vores kunder ved at fastholde de rådgivere, som har opbygget et godt forhold til de enkelte kunder igennem en årrække. Vi risikerer, at kunderne søger andre steder hen, hvis deres velkendte rådgiver trækker sig tilbage. Kvaliteten i rådgivningen er afgørende, for de forskellige finansvirksomheders produkter ligner jo hinanden. Det er menneskene, der gør forskellen. Så jo længere, en rådgiver med en stor kundeportefølje bliver, jo bedre", siger Niels Gregers Hansen og mener, at banken har regnet den ganske godt ud med sine senioraftaler.

Nordea, København. Bankvirksomhed. 8.000 medarbejdere, ca. 15 procent er over 50 år. Økonomer, bankrådgivere og -assistenter.