Betænkning om forsikringsaftaleloven

Afgivet af Justitsministeriets udvalg om revision af forsikringsaftaleloven

Betænkning nr. 1423

København 2002

Publikationen kan bestilles hos
danmark.dk/netboghandel
IT- og Telestyrelsen
Telefon: 33 37 92 28

125 kr. inkl. moms

Publikationen kan hentes på Justitsministeriets hjemmeside http://www.jm.dk

ISBN 87-601-9735-8
ISBN 87-601-9736-6 (Internet)

Tryk: Fihl-Jensens Grafisk Produktion

Indholdsfortegnelse

Del I. Indledning mv.

Kapitel 1. Indledning

1.1. Udvalgets kommissorium

1.2. Udvalgets sammensætning og arbejde

Kapitel 2. Sammenfatning

Kapitel 3. Gældende ret i hovedtræk

3.1. Forsikringsaftaleloven

3.2. Lov om forsikringsvirksomhed og lov om finansiel virksomhed

3.3. EU

3.4. Reglerne i de andre nordiske lande

Kapitel 4. Udvalgets generelle overvejelser

Del II. De enkelte emner

Kapitel 5. Urigtige risikooplysninger

5.1. Gældende ret

5.2. Reglerne i de andre nordiske lande

5.2.1. Norge

5.2.2. Sverige

5.2.3. Finland

5.3. Udvalgets overvejelser

Kapitel 6. Præmiebetaling

6.1. Gældende ret

6.1.1. Opsigelse af forsikringen

6.1.2. Ophør af forsikringsdækningen

6.1.3. Forsikringsaftalens ophør uden opsigelse

6.2. Reglerne i de andre nordiske lande

6.2.1. Norge

6.2.2. Sverige

6.2.3. Finland

6.3. Udvalgets overvejelser

Kapitel 7. Sikredes fremkaldelse af forsikringsbegivenheden

7.1. Gældende ret

7.2. Reglerne i de andre nordiske lande

7.2.1. Norge

7.2.2. Sverige

7.2.3. Finland

7.3. Udvalgets overvejelser

Kapitel 8. Anmeldelse af forsikringsbegivenheden

8.1. Gældende ret

8.2. Reglerne i de andre nordiske lande

8.2.1. Norge

8.2.2. Sverige

8.2.3. Finland

8.3. Udvalgets overvejelser

Kapitel 9. Selskabets betalingspligt, renter mv.

9.1. Gældende ret

9.2. Reglerne i de andre nordiske lande

9.2.1. Norge

9.2.2. Sverige

9.2.3. Finland

9.3. Udvalgets overvejelser

Kapitel 10. Forældelse

10.1. Gældende ret

10.1.1. Anvendelsesområde

10.1.2. Forældelsesfrister

10.1.3. Afbrydelse mv.

10.2. Reglerne i de andre nordiske lande

10.2.1. Norge

10.2.2. Sverige

10.2.3. Finland

10.3. Udvalgets overvejelser

Kapitel 11. Forsikringsværdien ved erstatningsopgørelse

11.1. Gældende ret

11.2. Reglerne i de andre nordiske lande

11.2.1. Norge

11.2.2. Sverige

11.2.3. Finland

11.3. Udvalgets overvejelser

Kapitel 12. Sikkerhedsforholdsregler

12.1. Gældende ret

12.1.1. Skadesforsikringer

12.1.2. Syge- og ulykkesforsikringer

12.2. Reglerne i de andre nordiske lande

12.2.1. Norge

12.2.2. Sverige

12.2.3. Finland

12.3. Udvalgets overvejelser

Kapitel 13. Brandforsikring

13.1. Gældende ret

13.1.1. Dækningsområde

13.1.2. Identifikation

13.2. Reglerne i de andre nordiske lande

13.2.1. Norge

13.2.2. Sverige

13.2.3. Finland

13.3. Udvalgets overvejelser

Kapitel 14. Direkte krav ved ansvarsforsikringer

14.1. Gældende ret

14.1.1. Forsikringsaftalelovens § 95

14.1.2. Lovpligtige ansvarsforsikringer

14.2. Reglerne i de andre nordiske lande

14.2.1. Norge

14.2.2. Sverige

14.2.3. Finland

14.3. Udvalgets overvejelser

Kapitel 15. Samlivsforhold og begunstigelse

15.1. Gældende ret

15.2. Reglerne i de andre nordiske lande

15.3. Udvalgets overvejelser

Kapitel 16. Kontraherings- og begrundelsespligt

16.1. Gældende ret

16.1.1. Kontraheringspligt

16.1.2. Begrundelsespligt

16.2. Reglerne i de andre nordiske lande

16.2.1. Norge

16.2.2. Sverige

16.2.3. Finland

16.3. Udvalgets overvejelser

Kapitel 17. Opsigelse

17.1. Gældende ret

17.2. Reglerne i de andre nordiske lande

17.2.1. Norge

17.2.2. Sverige

17.2.3. Finland

17.3. Udvalgets overvejelser

Kapitel 18. Forsikringsselskabets informationspligt

18.1. Gældende ret

18.1.1. Forsikringsaftaleloven

18.1.3. Lov om visse forbrugeraftaler

18.1.4. Lov om finansiel virksomhed og markedsføringsloven

18.1.5. Retningslinjer fra økonomi- og erhvervsministeren, forbrugerombudsmanden og Finanstilsynet

18.1.6. Branchehenstillinger

18.1.7. Ulovbestemt informationspligt

18.1.8. Forsikringsformidling

18.2. Reglerne i de andre nordiske lande

18.2.1. Norge

18.2.2. Sverige

18.3. Udvalgets overvejelser

Kapitel 19. Forsikringer og førtidspension

19.1. Gældende ret

19.1.1. De nuværende forsikringsbetingelser

19.1.2. Førtidspensionsreformen

19.2. Reglerne i de andre nordiske lande

19.3. Udvalgets overvejelser

Kapitel 20. Ulykkesdefinition

20.1. Gældende ret

20.2. Reglerne i de andre nordiske lande

20.3. Udvalgets overvejelser

Kapitel 21. Kollektive forsikringer

21.1. Gældende ret

21.2. Reglerne i de andre nordiske lande

21.2.1. Norge

21.2.2. Sverige

21.2.3. Finland

21.3. Udvalgets overvejelser

Del III. Lovudkast mv.

Kapitel 22. Økonomiske og administrative konsekvenser af udvalgets forslag

Kapitel 23. Udvalgets lovudkast med bemærkninger

23.1. Lovudkast

23.2. Specielle bemærkninger

23.3. Lovskitse vedrørende forældelse

23.3.1. Lovskitse

23.3.2. Specielle bemærkninger

Del IV. Bilag

(Link til bilag i pdf-format)
Bilag 1. Udvalgets kommissorium med bilag (pdf - 210 Kb)

Bilag 2. Udvalgets redegørelse af 14. januar 2000 om ændring af for sikringsaftalelovens § 120 vedrørende forsikringsselskabers hæftelse for ulykker og sygdom, der indtræder i forsikringstiden (pdf - 1.241 Kb)

Bilag 3. Brev af 10. oktober 2001 fra udvalgets formand til justitsministeren og dennes svar af 23. januar 2002 (pdf - 101 Kb)

Bilag 4. Rådet for Forsikring og Pensions medlemshenstilling vedrørende forsikringsselskabers og pensionskassers brug af helbredsoplysninger (Information 47/97) (uden bilag) (pdf - 449 Kb)

Bilag 5. Forsikring & Pensions udkast til forsikringsselskabernes vejledning om genoplivningsreglen ved manglende præmiebetaling (pdf - 43 Kb)

Bilag 6. Rådet for Forsikring & Pensions information 130/98 om den forbrugerpolitiske handlingsplan for forsikrings- og pensionserhvervet, herunder medlemshenstilling om god forsikringsskik for rådgivning, forbud mod egentligt dørsalg samt begrundelses- og klagevejledningspligt i forbindelse med skadebehandling (pdf - 626 Kb)

Bilag 7. Justitsministerens besvarelse af spørgsmål nr. 22 og 23 af 23. februar 2001 fra Folketingets Socialudvalg (pdf - 256 Kb)

Bilag 8. Økonomiministerens besvarelse af spørgsmål nr. 66 og 67 af 26. juni 1998 fra Folketingets Socialudvalg (pdf - 47 Kb)

Bilag 9. Forsikring & Pensions udtalelse af 28. september 2001 (pdf - 189 Kb)

Bilag 10. Den norske forsikringsaftalelovs regler om kollektive forsikringer (pdf - 276 Kb)

Bilag 11. Det seneste udkast til en ny svensk forsikringsaftalelovs regler om kollektive forsikringer (pdf - 661Kb)

Bilag 12. Den finske forsikringsaftalelovs regler om kollektive forsikringer (pdf - 110 Kb)

Kapitel 1. Indledning

1.1. Udvalgets kommissorium

Udvalget blev nedsat den 26. marts 1999 og har arbejdet på grundlag af følgende kommissorium:

Folketinget har ved vedlagte beslutning af 18. december 1998 pålagt justitsministeren at nedsætte et udvalg om revision af forsikringsaftaleloven.

I overensstemmelse med folketingsbeslutningen har udvalget to opgaver.

Udvalget skal for det første vurdere, hvilke lovgivningsmæssige ændringer der bør foretages, for at man i forbindelse med sygdomsforsikringer m.v. kan give forsikringstagere en rimelig beskyttelse i tilfælde, hvor det senere viser sig, at forsikringstageren allerede var syg, da forsikringen blev tegnet. Udvalgets overvejelser skal koncentreres om tilfælde, hvor der er tegnet forsikring mod sygdom, som opstår efter forsikringens ikrafttræden, og hvor forsikringstageren har givet fyldestgørende helbredsoplysninger i forbindelse med tegningen og i øvrigt har været i god tro.

Udvalget skal ved sin vurdering af dette spørgsmål inddrage de synspunkter og løsningsmuligheder, der er anført i bemærkningerne til det pågældende beslutningsforslag (vedlagt). En lovgivningsmæssig løsning bør ikke medføre, at det generelt bliver vanskeligere for personer med vage sygdomstegn at tegne forsikring, eller at det generelt bliver vanskeligere at forsikre sig mod sygdomme, der typisk ikke giver klare symptomer før sent i forløbet.

Denne del af udvalgets arbejde skal afsluttes i 1999, således at det vil være muligt at fremsætte lovforslag om dette spørgsmål i folketingsåret 1999-2000.

Udvalgets anden opgave er at gennemgå hele forsikringsaftaleloven med henblik på en generel

revision.

Udvalget bør overveje, om lovens regulering af forsikringsaftalen er tilfredsstillende ud fra en nutidig vurdering af hensynet til forsikringstagerne. Det bør således lægges til grund for udvalgets arbejde, at loven fortsat skal have karakter af en beskyttelseslov i forhold til forsikringstagerne. Udvalget bør i forbindelse hermed også overveje, om det eventuelt vil være hensigtsmæssigt at udforme særlige regler muligvis en særlig lov om forbrugerforsikringer.

Udvalget bør endvidere overveje behovet for at modernisere og ajourføre loven, der nu er ca. 70 år gammel. Forsikringsteknikken og den administrative håndtering er på flere områder ændret væsentligt. Der er etableret en række nye forsikringsformer bl.a. visse kollektive forsikringer som ikke er reguleret i den gældende lov. Måden at opgøre forsikringserstatninger på er også væsentligt ændret på en række punkter. Det kan endvidere overvejes, om visse bestemmelser i lov om forsikringsvirksomhed eventuelt bør flyttes til forsikringsaftaleloven.

Udvalget skal inddrage de synspunkter, der er anført i bemærkningerne til beslutningsforslaget. Udvalget skal således bl.a. særligt vurdere behovet for ændringer af lovens regler om forældelse af forsikringskrav, selskabets betalingspligt herunder pligten til at betale rente , og selskabets hæftelse i tilfælde af, at der er givet urigtige oplysninger i forbindelse med forsikringstegningen.

Udvalget bør også inddrage udenlandske erfaringer, herunder navnlig erfaringerne i andre EU-lande samt de senere års reforminitiativer i de øvrige nordiske lande. I EU har der tidligere været overvejelser om fælles generelle regler om forsikringsaftaler, men Kommissionen har trukket et direktivforslag herom tilbage. Der er i stedet vedtaget visse fælles regler om lovvalg m.v., jf. direktiverne om skadesforsikring.

Udvalget skal på grundlag af sine overvejelser udarbejde forslag til nye lovregler.

Denne del af udvalgets arbejde bør søges afsluttet inden 2002.

Kommissoriet med bilag er medtaget som bilag 1 til betænkningen.

1.2. Udvalgets sammensætning og arbejde

Udvalget har ved afgivelsen af denne betænkning følgende sammensætning:

Landsdommer Lars Lindencrone Petersen, Østre Landsret (formand)
Fuldmægtig Jeanne Blyt, Økonomi- og Erhvervsministeriet
Advokat Jørgen Rønnow Bruun, Landsorganisationen i Danmark

Advokat Arne Gerlyng-Hansen, Advokatrådet
Chefaktuar Klaus Grünbaum, Finanstilsynet
Lovråd Lars Hjortnæs, Justitsministeriet
Cand.jur. Sonny Kristoffersen, Forbrugerrådet
Overenskomstchef Steen Müntzberg, Dansk Arbejdsgiverforening
Dommer Pia Petersen, Den Danske Dommerforening
Lektor Ivan Sørensen, Københavns Universitet
Konsulent Per Tretow-Loof, De Samvirkende Invalideorganisationer
Vicedirektør Claus Tønnesen, Forsikring & Pension
Direktør Niels Vase, Forsikring & Pension
Professor, dr. jur. Erik Werlauff, Aalborg Universitet

Fuldmægtig Jens Røn, Justitsministeriet, har været sekretær for udvalget.

Fuldmægtig Lasse Jermiin, Finanstilsynet, har deltaget i flere af udvalgets møder.

Den 12. april 2000 blev cand.jur. Dorthe Bundgaard, Forbrugerrådet, afløst af Mette Frøland, konsulent Lars Dahl Gulmann, Landsorganisationen i Danmark, afløst af Jørgen Rønnow Bruun og cand.jur. Bodil Frimodt Møller, De Samvirkende Invalideorganisationer, afløst af Per Tretow-Loof. Efter professor Hans Henrik Vagners død blev Erik Werlauff den 28. november 2000 beskikket som medlem af udvalget. Den 26. januar 2001 blev ansættelsesretschef Anne Kathrine Schøn, Dansk Arbejdsgiverforening, afløst af Steen Müntzberg. Den 15. august 2001 blev chefkonsulent Lotte Mollerup, Økonomiministeriet, afløst af Jeanne Blyt. Den 13. maj 2002 blev cand.jur. Mette Frøland, Forbrugerrådet, afløst af Sonny Kristoffersen.

Den 8. august 2001 blev fuldmægtig Christina Toftegaard Nielsen, Justitsministeriet, afløst af Jens Røn som sekretær for udvalget.

Udvalget har efter kommissoriet to hovedopgaver. Den første består i en præcisering af de regler, der vedrører forsikringsselskabers ansvar for så vidt angår ulykkesforsikringer og sygeforsikringer. Om dette spørgsmål afgav udvalget den 14. januar 2000 en redegørelse om ændring af forsikringsaftalelovens § 120 vedrørende forsikringsselskabers hæftelse for ulykker og sygdom, der indtræder i forsikringstiden.[1] Redegørelsen er medtaget som bilag 2 til betænkningen.

Denne betænkning vedrører udvalgets anden hovedopgave, som er at gennemgå hele forsikringsaftaleloven med henblik på en generel revision.

Som bilag 3 til betænkningen er medtaget brev af 10. oktober 2001 fra udvalgets formand til justitsministeren og dennes svar af 23. januar 2002 vedrørende færdiggørelsen af udvalgets

arbejde med en revision af forsikringsaftaleloven. I overensstemmelse hermed har udvalget koncentreret sit arbejde om en række konkrete emner, hvor der er peget på et behov for at overveje lovændringer. Udvalget har således ikke foretaget en fuldstændig gennemgang af forsikringsaftaleloven paragraf for paragraf med henblik på formulering af en helt ny lov.

Udvalget har i alt afholdt 24 møder, heraf 18, hvor udvalget har drøftet de spørgsmål, som denne betænkning vedrører.

Direktør Kjeld Devantier, Foreningen til Bedømmelse af Personforsikringsvirksomhed (Bedømmelsesforeningen), og forbrugerombudsmand Hagen Jørgensen har hver deltaget i et af udvalgets møder. Endvidere har udvalgets formand og daværende sekretær samt lovråd Lars Hjortnæs i maj 2000 haft møder med repræsentanter for det norske Forsikringsnævn, Forsikringsklagekontor og Avkortningsnævn samt professor Hans Jacob Bull, Oslo Universitet, der var medlem af det norske Forsikringsavtalelovutvalg.

Der har i forbindelse med udvalgets arbejde været nedsat et underudvalg om forældelse af forsikringskrav og et underudvalg om kollektive forsikringer, der hver har afholdt et møde.

Udvalget afslutter sit arbejde med afgivelsen af denne betænkning.

København, den 21. oktober 2002

Jeanne Blyt	Jørgen Rønnow Bruun	Arne Gerlyng-Hansen
Klaus Grünbaum	Lars Hjortnæs	Sonny Kristoffersen
Steen Müntzberg	Pia Petersen	Ivan Sørensen
Per Tretow-Loof	Claus Tønnesen	Niels Vase
Erik Werlauff		
Lars Lindencrone Petersen (formand)		/Jens Røn (sekretær)

1. Redegørelsen førte til indsættelsen af § 120 a i forsikringsaftaleloven ved lov nr. 435 af 31. maj 2000.

Kapitel 2. Sammenfatning

Udvalget har efter sit kommissorium to hovedopgaver. Den første består i en præcisering af de regler, der vedrører forsikringsselskabers ansvar for så vidt angår ulykkesforsikringer og sygeforsikringer. Herom afgav udvalget den 14. januar 2000 en redegørelse om ændring af forsikringsaftalelovens § 120 vedrørende forsikringsselskabers hæftelse for ulykker og sygdom, der indtræder i forsikringstiden. Redegørelsen er medtaget som betænkningens bilag 2.

Denne betænkning vedrører udvalgets anden hovedopgave, som efter kommissoriet er at gennemgå hele forsikringsaftaleloven med henblik på en generel revision.

Forsikringsaftaleloven indeholder en regulering af en lang række forsikringsaftaleretlige spørgsmål i forholdet mellem forsikringstageren/sikrede og forsikringsselskabet. Den gældende lov er indarbejdet i praksis, og der er gennem årene bl.a. via retspraksis og praksis hos Ankenævnet for Forsikring sket en afklaring af mange af de fortolknings- og tvivlsspørgsmål, som loven har givet anledning til. Der er efter udvalgets opfattelse ikke noget påtrængende behov for at foretage grundlæggende ændringer af loven som sådan, herunder udforme en helt ny forsikringsaftalelov.

Udvalget har bl.a. på denne baggrund i sit arbejde med en revision af forsikringsaftaleloven taget udgangspunkt i en række konkrete emner, hvor der navnlig ud fra erfaringerne med lovens anvendelse i praksis kan være behov for at overveje lovændringer, jf. kapitel 1.2. ovenfor. Udvalget har således ikke foretaget en fuldstændig gennemgang af forsikringsaftaleloven paragraf for paragraf med henblik på formulering af en helt ny lov.

Finanstilsynets repræsentant i udvalget har tilkendegivet, at Finanstilsynet har deltaget som sagkyndig i udvalgets arbejde i kraft af sine tilsynsmæssige opgaver på forsikringsområdet. Udvalgets forslag vedrører kun indirekte tilsynets ansvarsområder, hvorfor tilsynet generelt ikke ønsker at udtale sig om de fremlagte forslag.

Udvalgets lovudkast indeholder følgende hovedpunkter :

- Hvis forsikringstageren ved forsikringens tegning uagtsomt har afgivet urigtige risikooplysninger, er forsikringsselskabet i dag som udgangspunkt kun ansvarlig i det omfang, det ville have tegnet forsikringen med kendskab til de korrekte oplysninger, jf. forsikringsaftalelovens § 6. Udvalget foreslår, at der i § 6 indsættes en ny lempelsesregel, der giver mulighed for i særlige tilfælde at se helt eller delvist bort fra, at forsikringstageren ved forsikringstegningen har afgivet urigtige risikooplysninger. Lempelsesreglen tænkes navnlig anvendt i tilfælde, hvor forsikringstageren uforvarende har afgivet urigtige oplysninger, og det vil normalt være en forudsætning, at der ikke er årsagssammenhæng mellem det uoplyste forhold og forsikringsbegivenhedens indtræden.

- Der foreslås en samlet revision af forsikringsaftalelovens regler om præmiebetaling mv. Udvalgets forslag indebærer bl.a. i overensstemmelse med, hvad der allerede i dag i vidt omfang følger af forsikringsbetingelserne en forlængelse af forsikringsselskabets opsigelsesfrist ved manglende præmiebetaling. Der foreslås endvidere en ny genoplivningsregel , der i særlige tilfælde giver forsikringstageren mulighed for at genoplive en forsikring, der er opsagt af selskabet på grund af manglende præmiebetaling, ved inden for 3 måneder at betale den manglende præmie mv. Genoplivningsreglen sigter til tilfælde, hvor den manglende præmiebetaling skyldes uforudsete undskyldelige hindringer, f.eks. pludselig alvorlig sygdom hos forsikringstageren eller dennes nære pårørende.

- Ved visse lovpligtige ansvarsforsikringer, f.eks. ansvarsforsikring for biler mv., hæfter forsikringsselskabet umiddelbart over for skadelidte, der således uden videre kan rette sit erstatningskrav mod selskabet. Med henblik på at undgå, at skadelidtes krav mod forsikringsselskabet er forældet, mens kravet mod skadevolderen fortsat består, foreslås det, at kravet mod selskabet forældes efter de samme regler, som gælder for kravet mod skadevolderen, dvs. normalt dansk rets almindelige forældelsesregler i 1908-loven og DL 5-14-4.

- Der foreslås en ny regel, hvorefter forsikringsselskabet får pligt til at vejlede sikrede om retten til at kræve acontobetaling.

- Udvalgets *flertal* (alle medlemmer bortset fra 5, jf. dog ovenfor om Finanstilsynets generelle tilkendegivelse) foreslår en regel, hvorefter forsikringsselskabet efter anmodning skal begrunde afslag på at tegne en forsikring og opsigelse af en allerede tegnet forsikring. Formålet hermed er navnlig at skabe større åbenhed og gennemsigtighed omkring mulighederne for at tegne og opretholde en forsikring. Begrundelsen skal indeholde en henvisning til relevante retsregler, f.eks. i

forsikringsaftaleloven eller i forsikringsbetingelserne, samt en kort redegørelse for, hvorfor forsikringen ikke kan tegnes, eller hvorfor forsikringen opsiges. Forsikringsselskabet skal angive, hvilke forhold der i det konkret tilfælde gør, at forsikringen ikke kan tegnes, eller at forsikringen opsiges, således at forsikringstageren i hovedtræk får en forståelse for baggrunden for selskabets beslutning. Hvis et forsikringsselskab generelt tilsidesætter begrundelsespligten, vil dette kunne påtales af Finanstilsynet i medfør af lov om finansiel virksomhed.

Et *mindretal* (5 medlemmer) foreslår en regel, hvorefter selskabets afslag på at tegne en forbrugerforsikring, som det normalt tegner, og selskabets opsigelse af en sådan forsikring skal være sagligt begrundet . Hvis selskabet ikke kan give en saglig begrundelse, kan det efter mindretallets forslag pålægges at tegne henholdsvis fortsætte forsikringen.
Der er enighed i udvalget om, at det enkelte forsikringsselskabs mulighed for at fastlægge sin egen forretningspolitik, risikovurdering mv., ikke bør begrænses.

- Efter forsikringsaftalelovens § 95 kan den skadelidte først rette sit krav mod skadevolderens eventuelle ansvarsforsikringsselskab, når kravet og dets størrelse er fastslået (f.eks. ved dom over skadevolderen). Dette har i praksis navnlig givet anledning til problemer i tilfælde, hvor skadevolderen er gået konkurs eller lignende.

  Udvalgets *flertal* (alle medlemmer bortset fra 2, jf. dog ovenfor om Finanstilsynets generelle tilkendegivelse) foreslår på denne baggrund i overensstemmelse med Højesterets dom i UfR 2001.1303 H en præcisering af, at skadelidte i tilfælde af skadevolderens konkurs mv. kan rette sit erstatningskrav direkte mod skadevolderens ansvarsforsikringsselskab, dvs. at skadelidte ikke behøver at afvente skadevolderens stillingtagen til erstatningskravet eller en dom over skadevolderen. Som nævnt ovenfor er det navnlig i disse tilfælde, at den gældende regel har voldt problemer.

  Et *mindretal* (2 medlemmer) foreslår, at der indføres en generel adgang for skadelidte til at rette sit erstatningskrav direkte mod skadevolderens ansvarsforsikringsselskab.

Udvalget har endvidere bl.a. overvejet, om der bør indsættes en ulykkesdefinition i forsikringsaftaleloven, som vil kunne fraviges ved en udtrykkelig bestemmelse herom i forsikringsbetingelserne. Udvalget finder imidlertid ikke, at der er grundlag for at indføre en sådan lovbestemt ulykkesdefinition, og henviser bl.a. til, at der navnlig de senere år har været en udvikling mod mere enkle ulykkesdefinitioner, der samtidig indebærer en udvidelse af ulykkesforsikringernes dækningsomfang. Hertil kommer, at en lovbestemt ulykkesdefinition vil kunne hindre en fortsat løbende udvikling og tilpasning af det forsikringsretlige ulykkesbegreb til skade ikke mindst for forsikringstagerne/de sikrede.

Et *mindretal* (2 medlemmer) foreslår dog, at der i forsikringsaftaleloven sker en lovregulering

af det såkaldte viljeskrav i den traditionelle ulykkesdefinition. *Flertallet* (udvalgets øvrige medlemmer, jf. dog ovenfor om Finanstilsynets generelle tilkendegivelse) finder ikke grundlag for at indføre en sådan regel.

Udvalget har overvejet en række andre spørgsmål uden at have fundet grundlag for (på nuværende tidspunkt) at foreslå lovændringer.

Udvalget har bl.a. overvejet de særlige bestemmelser i forsikringsaftaleloven om forældelse af forsikringskrav. Efter udvalgets opfattelse bør en nærmere vurdering af disse regler tage udgangspunkt i dansk rets almindelige forældelsesregler, således at der fremover alene bør gælde særlige forældelsesregler på forsikringsområdet, hvis der kan påvises et særligt behov herfor. Udvalget peger i den forbindelse bl.a. på, at der ikke er grundlag for at opretholde de særligt korte forældelsesfrister på 2 og 5 år i forsikringsaftalelovens § 29.

Justitsministeriets Forældelsesudvalg er imidlertid ved at gennemgå dansk rets almindelige forældelsesregler med henblik på en samlet revision heraf, og det forventes, at Forældelsesudvalget afgiver betænkning omkring efteråret 2003. Udvalget finder på denne baggrund, at den endelige stillingtagen til de fremtidige regler om forældelse af forsikringskrav bør afvente Forældelsesudvalgets arbejde. Udvalget foreslår derfor ikke på nuværende tidspunkt bortset fra den ovennævnte ændring vedrørende visse ansvarsforsikringer ændringer af forsikringsaftalelovens regler om forældelse af forsikringskrav. Udvalget har i stedet udarbejdet en lovskitse, som til sin tid sammen med Forældelsesudvalgets overvejelser vil kunne danne grundlag for en ændring af forsikringsaftalelovens forældelsesregler.

Udvalget har endvidere overvejet, om der bør indføres en almindelig adgang for forsikringstageren til at opsige en forsikring i forsikringstiden. Udvalget er opmærksom på, at konkurrencemæssige hensyn kan tale for, at der indføres en sådan almindelig opsigelsesadgang, men udvalget har bl.a. som følge af sin sammensætning ikke fundet at burde tage stilling til, i hvilket omfang der alene ud fra rent konkurrencemæssige hensyn bør indføres regler om en almindelig opsigelsesadgang for forsikringstageren. Udvalget anfører, at der ud fra en rent forsikringsaftaleretlig synsvinkel ikke findes at være behov for at indføre regler herom, og henviser i den forbindelse bl.a. til, at der ikke umiddelbart synes at være et større praktisk ønske blandt forsikringstagerne for en sådan almindelig opsigelsesadgang.

Efter udvalgets opfattelse er der gode grunde til at udforme nærmere regler om forsikringsselskabets informationspligt over for forsikringstageren/sikrede. Udvalget finder dog, at de nærmere overvejelser herom bør afvente arbejdet med at gennemføre det netop vedtagne direktiv om fjernsalg af finansielle tjenesteydelser der bl.a. indeholder en omfattende regulering af tjenesteyderens informationspligt i dansk ret.

Udvalget peger også på, at det bør overvejes at ændre forsikringsaftalelovens regler om

indsættelse af begunstigede i livsforsikringer mv. med henblik på at styrke retsstillingen for ugifte samlevere. En ændring af disse regler har imidlertid nær sammenhæng med det generelle spørgsmål om ugifte samleveres almindelige arveretlige stilling, som vil blive overvejet i Justitsministeriets Arvelovsudvalg.

Udvalget har særligt overvejet forsikringsaftalelovens regler om anmeldelse og fremkaldelse af forsikringsbegivenheden samt om sikkerhedsforholdsregler, men har ikke fundet grundlag for at foreslå lovændringer på disse områder.

Udvalget har også overvejet, om der bør indføres særlige lovregler om kollektive forsikringer, men har ikke fundet grundlag herfor. Udvalget henviser navnlig til, at det ikke i praksis synes at give anledning til særlige problemer, at forsikringsaftaleloven ikke indeholder særlige regler om sådanne forsikringer. De sager, der opstår i praksis, vedrører i almindelighed ikke spørgsmål som følge af, at der er tale om en kollektiv forsikring, men spørgsmål der lige så vel kan opstå ved en privattegnet forsikring.

Udvalget har endelig ikke fundet, at der er noget påtrængende behov for at indføre en samlet særlig lovregulering af forsikringsaftaler på forbrugerområdet. Hvor udvalget foreslår lovændringer, har udvalget imidlertid overvejet, om der bør gælde særlige regler for forbrugerforsikringer. Det foreslås således, at de nye regler om præmiebetaling ved forbrugerforsikringer ikke ved aftale kan fraviges til skade for forsikringstageren eller den sikrede, og at den nye lempelsesregel, hvis der er afgivet urigtige risikooplysninger, skal gælde for forbrugerforsikringer og personforsikringer

Kapitel 3. Gældende ret i hovedtræk

3.1. Forsikringsaftaleloven

Forsikringsaftaler reguleres først og fremmest af reglerne i forsikringsaftaleloven.[1] Loven trådte i kraft den 1. januar 1932 og er siden ændret flere gange, senest ved indsættelsen af § 120 a om betydningen ved sygeforsikring af sygdomme, som er indtrådt inden forsikringstidens begyndelse.[2]

Loven indeholder i kapitel I (§§ 1-34) bestemmelser, der er fælles for alle forsikringstyper. Det er f.eks. regler om virkningen af, at der er afgivet urigtige oplysninger ved forsikringens tegning, præmiebetaling, sikredes fremkaldelse af forsikringsbegivenheden, anmeldelse af forsikringsbegivenheden, selskabets betalingspligt og forældelse.

Kapital II (§§ 35-96) handler om skadesforsikringer, dvs. forsikringer, hvor erstatningen skal fastsættes på grundlag af det lidte tab.[3] Afsnit A (§§ 35-58) indeholder bestemmelser, der er fælles for alle skadesforsikringer, f.eks. om forsikringsværdien ved erstatningsopgørelsen, fareforøgelse, sikkerhedsforholdsregler og redningsforanstaltninger. Kapitlet indeholder herudover særlige regler for bestemte typer af skadesforsikringer: Søforsikring og anden transportforsikring (afsnit B §§ 59-78), brandforsikring (afsnit C §§ 79-88), kreaturforsikring (afsnit D §§ 89-90) og ansvarsforsikring (afsnit E §§ 91-96).

I kapitel III (§§ 97-118) findes regler om livsforsikring mv. og i kapitel IV (§§ 119-124) regler om ulykkes- og sygeforsikring. Kapitel V indeholder gennemførelses- og overgangsbestemmelser.

Forsikringsaftaleloven indeholder ingen udtømmende regulering af de mange forskellige spørgsmål, som kan opstå i relation til en forsikringsaftale. Der findes f.eks. ingen regler om indgåelse af forsikringsaftaler, som i stedet reguleres af almindelige aftaleretlige regler.

Herudover findes der enkelte regler vedrørende forsikringsaftaler i andre love, f.eks. om forsikringsselskabets informationspligt i §§ 256-256 a i lov om forsikringsvirksomhed, om forsikringsselskabets pligt til at tegne bygningsbrandforsikring mv. i §§ 207-208 i lov om forsikringsvirksomhed samt om forsikringstagerens fortrydelsesret i kapitel 4 a i lov om visse forbrugeraftaler.

Loven har i vid udstrækning karakter af en beskyttelseslov, der skal beskytte forsikringsselskabets aftaleparter forsikringstagerne mod selskabets faktiske magtposition. Det hedder herom i forarbejderne bl.a.:[4]

Det er jo nemlig saaledes, at naar Vilkaarene for den enkelte Forsikring skal fastsættes, har Selskabet i Almindelighed en adskilligt stærkere Stilling end den forsikringssøgende. Det er Selskabet, der som den sagkyndige staar overfor Lægmand. Det er Selskabet, der udarbejder Betingelserne, som normalt er af et saadant Omfang og Indhold, at den anden Part faktisk ikke vil, og det strengt taget heller ikke kan forlanges, at han skal sætte sig nøjagtigt ind i dem.

En række af lovens regler kan på denne baggrund ikke fraviges til skade for forsikringstageren, dvs. den, der indgår forsikringsaftalen med selskabet, jf. lovens § 2, stk. 2, eller den sikrede, dvs. den, der har ret til forsikringsydelsen, jf. lovens § 2, stk. 3. Det gælder f.eks. reglerne om virkningen af, at der er afgivet urigtige oplysninger ved forsikringens tegning (§§ 4-10), og om virkningen af, at forsikringspræmien ikke betales til tiden (§§ 12-17).

Som udgangspunkt er loven dog fravigelig, jf. § 3:

§ 3. Denne lovs bestemmelser kommer, for så vidt de ikke udtrykkeligt er erklæret for ufravigelige eller deres ufravigelighed følger af andre retsregler, kun til anvendelse, hvis ikke andet er udtrykkeligt aftalt eller må anses indeholdt i aftalen.

Forsikringsaftaleloven er resultatet af et nordisk samarbejde, der førte til stort set identiske love i Danmark, Norge, Sverige og Finland.[5] Som led i et nordisk samarbejde om revision af landenes forsikringsaftalelove blev der omkring 1975 nedsat udvalg i hvert af de fire lande, som fik til opgave at gennemgå lovene og komme med eventuelle ændringsforslag. Det danske udvalg indstillede imidlertid arbejdet i 1984 uden at have afgivet betænkning, bl.a. fordi et flertal i udvalget gav udtryk for, at der ikke var behov for at ændre loven. Der henvises i øvrigt til kapitel 3.4. nedenfor.

3.2. Lov om forsikringsvirksomhed og lov om finansiel virksomhed

De tilsyns- og selskabsretlige regler vedrørende forsikringsselskaber mv. findes navnlig i lov om forsikringsvirksomhed og lov om finansiel virksomhed.

Lov om finansiel virksomhed[6] indeholder regler, der er fælles for hele det finansielle område (pengeinstitutter, realkreditinstitutter, forsikringsselskaber mv.). Det gælder bl.a. visse regler om koncerner, ledelse, ejerforhold og Finanstilsynets virksomhed. Efter lovens § 3 skal finansiel virksomhed drives i overensstemmelse med redelig forretningsskik og god praksis. Efter § 3, stk. 2, kan Økonomi- og Erhvervsministeriet fastsætte nærmere regler herom, hvilket dog endnu ikke er sket.

I lov om forsikringsvirksomhed[7] findes regler, som alene gælder for forsikringsvirksomhed. Loven indeholder f.eks. regler om, hvem der må drive forsikringsvirksomhed, og om i hvilket omfang der kan drives anden virksomhed ved siden af forsikringsvirksomhed, visse særregler om forsikringsselskabers ledelse og særlige regler om visse former for forsikringsvirksomhed (f.eks. gensidige forsikringsselskaber). Der findes også særlige regler om visse forsikringstyper (bygningsbrandforsikring og arbejdsskadeforsikring). Som anført ovenfor i kapitel 3.1. indeholder loven i §§ 256-256 a endvidere regler om forsikringsselskabets informationspligt.

En række af lovens regler gennemfører EU-direktiver i dansk ret. Det gælder navnlig 1.-3. skadesforsikringsdirektiv[8] og 1.-3. livsforsikringsdirektiv,[9] som bl.a. tilsigter at gøre det muligt for forsikringsselskaber i de forskellige EU-medlemslande at arbejde på tværs af landegrænserne inden for hele EU.

3.3. EU

Som det fremgår af kapitel 3.2. ovenfor, er der vedtaget en række EU-direktiver, som bl.a. regulerer adgangen til at drive forsikringsvirksomhed.

Der findes derimod ingen samlet EU-regulering af forsikringsaftaleretten, men alene regler om enkelte forhold. I 2.-3. skadesforsikringsdirektiv og 2.-3. livsforsikringsdirektiv findes således regler om, hvilket lands lov der skal regulere en forsikringsaftale (lovvalget). Direktiverne indeholder endvidere visse regler om forsikringsselskabets informationspligt, som er gennemført i dansk ret ved §§ 256-256 a i lov om forsikringsvirksomhed. Det kan også nævnes, at 2. skadesforsikringsdirektiv og 2. livsforsikringsdirektiv indeholder regler om forsikringstagerens fortrydelsesret, som er gennemført ved § 97 a og § 119 a i forsikringsaftaleloven og kapitel 4 a i lov om visse forbrugeraftaler.

Endvidere indeholder det direktiv om fjernsalg af finansielle tjenesteydelser,[10] som netop er vedtaget, en nærmere regulering af forsikringsselskabets informationspligt. Der henvises herom

til kapitel 18.3. nedenfor.

I 1979 fremsatte Europa-Kommissionen et forslag til direktiv om samordning af de administrativt eller ved lov fastsatte bestemmelser for forsikringsaftaler og året efter et revideret direktivforslag.[11] Arbejdet med direktivforslaget blev imidlertid aldrig afsluttet.

Efter det for udvalget oplyste synes der igen at være reelle overvejelser i EU om behovet for en hel eller delvis harmonisering af forsikringsaftaleretten. Spørgsmålet har således i foråret 2000 været drøftet i Insurance Committee, som er et rådgivende organ under Europa-Kommissionen, hvori samtlige medlemslande er repræsenteret. Et stort flertal af medlemslandene gav på daværende tidspunkt udtryk for, at man på ny bør forsøge en eventuel delvis harmonisering af forsikringsaftaleretten.

Spørgsmålet er endvidere berørt i Kommissionens meddelelse om europæisk aftaleret, hvor Kommissionen bl.a. ønsker at undersøge, om forskelle i medlemslandenes formueretlige lovgivninger, herunder de aftaleretlige regler, skaber vanskeligheder for udviklingen af EU's indre marked.[12] Nævnes kan også rapporten om elektronisk handel og finansielle tjenesteydelser til politikgruppen for finansielle tjenesteydelser[13] og Kommissionens meddelelse om elektronisk handel og finansielle tjenesteydelser,[14] der indeholder overvejelser om den fremtidige EU-regulering af det europæiske marked for finansielle tjenesteydelser, herunder forsikringer.

3.4. Reglerne i de andre nordiske lande

Som det fremgår af kapitel 3.1. ovenfor, er forsikringsaftaleloven resultatet af et nordisk samarbejde mellem Danmark, Norge, Sverige og Finland, som førte til stort set identiske forsikringsaftalelove. I midten af 1970'erne blev der nedsat udvalg i de fire lande med henblik på at foretage en revision af forsikringsaftalelovene.

Det *norske* udvalg afgav to betænkninger om henholdsvis personforsikring og skadesforsikring, [15] og på grundlag heraf blev der udarbejdet en ny forsikringsaftalelov, som trådte i kraft den 1. juli 1990.[16] Loven er inddelt i fire hovedafsnit: Del A om skadesforsikringer, del B om personforsikringer, del C om almindelige bestemmelser (med to paragraffer) og del D med ikrafttrædelses- og overgangsbestemmelser mv.

Det *finske* revisionsarbejde mundede også ud i en helt ny forsikringsaftalelov, som trådte i kraft den 1. juli 1995.[17] I modsætning til den norske forsikringsaftalelov indeholder den finske lov ikke særlige afsnit om henholdsvis skadesforsikringer og personforsikringer, men dog i et vist

omfang særlige regler for de to forsikringstyper.

I *Sverige* gælder fortsat den oprindelige forsikringsaftalelov fra 1927.[18] Loven suppleres imidlertid af konsumentförsäkringslagen,[19] som bygger på den første betænkning fra Försäkringsrättskommittén.[20] Konsumentförsäkringslagen gælder for visse skadesforsikringer, som tegnes af forbrugere (indbo- og husforsikring, rejseforsikring, motorkøretøjsforsikring og bådforsikring). For andre forsikringer, herunder personforsikringer og forsikringer tegnet af erhvervsvirksomheder, gælder reglerne i forsikringsaftaleloven.

Försäkringsrättskommittén har i 1986 og 1989 afgivet to betænkninger om henholdsvis personforsikringer og skadesforsikringer.[21] Betænkningerne har været sendt i høring, og det svenske Justitsministerium har i 1993 udarbejdet et udkast til en ny svensk forsikringsaftalelov, som bygger på de to betænkninger og de indkomne høringssvar.[22] Ligesom den norske forsikringsaftalelov indeholder lovudkastet to hovedafsnit om henholdsvis skadesforsikringer og personforsikringer. Det svenske Justitsministerium har oplyst, at et egentligt lovforslag forventes fremsat for Riksdagen i løbet af 2003.

---

1. Lovbekendtgørelse nr. 726 af 24. oktober 1986, som ændret senest ved lov nr. 435 af 31. maj 2000. Se oprindelig lov nr. 129 af 15. april 1930.

2. Indsat ved lov nr. 435 af 31. maj 2000. Lovforslaget bygger på udvalgets redegørelse om ændring af forsikringsaftalelovens § 120 vedrørende forsikringsselskabers hæftelse for ulykker og sygdom, der indtræder i forsikringstiden. Redegørelsen er medtaget som bilag 2 til betænkningen.

3. Ivan Sørensen: Forsikringsret (3. udgave, 2002), side 4, og Preben Lyngsø: Dansk Forsikringsret (7. udgave, 1994), side 28.

4. Kommissionsudkastet (1925), side 22.

5. Se herom Kommissionsudkastet, side I ff.

6. Lovbekendtgørelse nr. 660 af 7. august 2002.

7. Lovbekendtgørelse nr. 696 af 15. juli 2001 med senere ændringer.

8. Rådets første direktiv af 24. juli 1973 om samordning af de administrativt eller ved lov

fastsatte bestemmelser om adgang til udøvelse af direkte forsikringsvirksomhed bortset fra livsforsikring (73/239), Rådets andet direktiv af 22. juni 1988 om samordning af love og administrative bestemmelser vedrørende direkte forsikringsvirksomhed bortset fra livsforsikring, om fastsættelse af bestemmelser, der kan lette den faktiske gennemførelse af den frie udveksling af tjenesteydelser, og om ændring af direktiv 73/239 (88/357), samt Rådets tredje direktiv af 18. juni 1992 om samordning af love og administrative bestemmelser vedrørende direkte forsikringsvirksomhed bortset fra livsforsikring og om ændring af direktiv 73/239 og 88/357 (92/49) alle med senere ændringer.

9. Rådets første direktiv af 5. marts 1979 om samordning af de administrativt og ved lov fastsatte bestemmelser om adgang til og udøvelse af direkte livsforsikringsvirksomhed (79/267), Rådets andet direktiv af 8. november 1990 om samordning af love og administrative bestemmelser vedrørende direkte livsforsikringsvirksomhed, om fastsættelse af bestemmelser, der kan lette den faktiske gennemførelse af den frie udveksling af tjenesteydelser, og om ændring af direktiv 79/267 (90/619), samt Rådets tredje direktiv af 10. november 1992 om samordning af love og administrative bestemmelser vedrørende direkte livsforsikringsvirksomhed og om ændring af direktiv 79/267 og 90/619 (92/96) alle med senere ændringer.

10. Europa-Parlamentets og Rådets direktiv af 17. juni 2002 om fjernsalg af finansielle tjenesteydelser til forbrugerne og om ændring af direktiv 90/619/EØF, 97/7/EF og 98/27/EF (endnu ikke offentliggjort).

11. De Europæiske Fællesskabers Tidende 1979 C 190, side 2 ff., og De Europæiske Fællesskabers Tidende 1980 C 355, side 30 ff. Se om direktivforslaget bl.a. Preben Lyngsø: Dansk Forsikringsret, side 34 f., og samme i NFT 1979.385 og NFT 1993.1.

12. KOM (2001) 398 endelig af 11. juli 2001, side 6 og 35 ff.

13. Side 2, 6 og 8.

14. KOM (2001) 66 endelig af 7. februar 2001, side 13.

15. NOU 1983:56 om lov om avtaler om personforsikring og NOU 1987:24 om lov om avtaler om skadeforsikring.

16. Lov 16. juni 1989 nr. 69 om forsikringsavtaler med senere ændringer.

17. Lagen den 28. juni 1994 om försäkringsavtal (543/1994) med senere ændringer.

18. Lag 1927:77 om försäkringsavtal med senere ændringer.

19. Lag 1980:38 med senere ændringer.

20. SOU 1977:84 om konsumentförsäkringslag.

21. SOU 1986:56 om personförsäkringslag og SOU 1989:88 om skadeförsäkringslag.

22. Ds 1993:39 Ny försäkringsavtalslag.

Kapitel 4. Udvalgets generelle overvejelser

Siden forsikringsaftaleloven trådte i kraft for 70 år siden, er der sket en række ændringer af betydning for forsikringsområdet. De samfundsmæssige, herunder samfundsøkonomiske forhold, har bl.a. ændret sig væsentligt. Der er endvidere sket en løbende udvikling af de forskellige forsikringsprodukter, og der findes i dag forsikringstyper, der har en helt anden udbredelse og praktisk betydning, end da forsikringsaftaleloven blev udformet. Det gælder f. eks. de mange forskellige gruppeforsikringer, arbejdsmarkedspensionsordninger mv.

Forsikringstegning er af væsentlig betydning i en lang række situationer, og der findes en række forskellige forsikringsprodukter. For enkeltpersoner kan f.eks. nævnes en almindelig indboforsikring, kaskoforsikring for en bil, husforsikring mv., ansvarsforsikring samt livs- og ulykkesforsikring. Forsikringstegning har også stor samfundsmæssig betydning ved at afbøde virkningerne af forskellige mere eller mindre uforudsete begivenheder.

Der har i de senere år på flere punkter været rejst kritik af forsikringsaftaleloven. Det er navnlig blevet anført, at loven på nogle områder ikke længere indeholder en tidssvarende regulering af forholdet mellem forsikringstageren/den sikrede og forsikringsselskabet.

Bemærkningerne til den folketingsbeslutning, som førte til nedsættelsen af udvalget, nævner således en række områder, som udvalget bør overveje nærmere, f.eks. reglerne om forældelse af forsikringskrav, selskabets betalingspligt herunder pligten til at betale renter og selskabets hæftelse i tilfælde af, at der er afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med forsikringstegningen, jf. betænkningens bilag 1. Herudover har de organisationer mv., der er repræsenteret i udvalget, peget på en række yderligere konkrete spørgsmål, som de finder, at der er behov for at overveje nærmere.

Udvalget har således i sit arbejde indkredset de emneområder, hvor der navnlig ud fra erfaringerne med lovens anvendelse i praksis kan være et behov for nærmere at overveje lovændringer.

Det synes i udvalgets kommissorium forudsat, at udvalget skal foretage en fuldstændig gennemgang af forsikringsaftaleloven paragraf for paragraf med henblik på formulering af en helt ny lov. Udvalget har imidlertid kunnet konstatere, at det ikke vil være muligt at foretage en sådan fuldstændig gennemgang af forsikringsaftaleloven inden for en kortere tidshorisont, således som det er forudsat i kommissoriet. Der kan i den forbindelse også henvises til erfaringerne fra de andre nordiske lande, jf. kapitel 3.4. ovenfor.

Hertil kommer, at der efter udvalgets opfattelse ikke er noget påtrængende behov for at foretage grundlæggende ændringer af loven som sådan, herunder udforme en helt ny forsikringsaftalelov. Forsikringsaftaleloven indeholder en regulering af en lang række forsikringsaftaleretlige spørgsmål i forholdet mellem forsikringstageren/sikrede og forsikringsselskabet. Den gældende lov er indarbejdet i praksis, og der er gennem årene bl.a. via retspraksis og praksis hos Ankenævnet for Forsikring sket en afklaring af mange af de fortolknings- og tvivlsspørgsmål, som loven har givet anledning til.

Udvalget vil endvidere pege på, at der på ny synes at være reelle overvejelser i EU om behovet for en hel eller delvis harmonisering af forsikringsaftaleretten, jf. kapitel 3.3. ovenfor.

På denne baggrund har udvalget fundet det rigtigst at færdiggøre sit arbejde på grundlag af den ovenfor nævnte konkrete emneliste med områder, hvor der kan være et behov for nærmere at overveje lovændringer, dvs. uden at foretage en fuldstændig gennemgang af alle bestemmelser i forsikringsaftaleloven med henblik på formulering af en helt ny lov.

Justitsministeren har efter at have forelagt sagen for Folketingets Retsudvalg erklæret sig for indforstået med, at udvalgets arbejde afsluttes på dette grundlag. Som bilag 3 til betænkningen er medtaget brevvekslingen mellem udvalgets formand og justitsministeren herom. Betænkningens del II indeholder en gennemgang af de forskellige konkrete emneområder, som udvalget har overvejet nærmere.

Forsikringsområdet reguleres af en række forskellige regelsæt, hvoraf forsikringsaftaleloven kun er ét. Nævnes kan herudover bl.a. den offentligretlige tilsyns- og selskabslovgivning, navnlig lov om finansiel virksomhed og lov om forsikringsvirksomhed.

Herudover kan økonomi- og erhvervsministeren udstede retningslinjer om redelig forretningsskik og god praksis på forsikringsområdet, ligesom retningslinjer mv. fra Finanstilsynet og branchehenstillinger fra Forsikring & Pension bidrager til fastlæggelsen af, hvad der må anses for at være redelig forretningsskik og god praksis. En række også væsentlige spørgsmål reguleres som udgangspunkt alene af den enkelte forsikringsaftale. Det gælder f.eks. forsikringens dækningsomfang og adgangen til at opsige forsikringen.

Der er således en række forsikringsretlige spørgsmål, som ikke er reguleret i forsikringsaftaleloven. Det gælder først og fremmest forhold, der ikke er af forsikringsaftaleretlig karakter, f.eks. reglerne om forsikringsvirksomhed. Med hensyn til de aftaleretlige spørgsmål, der ikke reguleres i forsikringsaftaleloven, er dette i nogle tilfælde udtryk for principielle overvejelser om, at spørgsmålet bør overlades til aftaleparterne. I andre tilfælde kan der være tale om spørgsmål, som ikke findes egnet til regulering i forsikringsaftaleloven, men i stedet bør reguleres i anden lovgivning mv. (f.eks. de almindelige regler i aftaleloven) eller mest hensigtsmæssigt ved branchehenstillinger mv.

Ved gennemgangen af de enkelte emneområder, jf. betænkningens del II, har udvalget lagt vægt på, at der alene bør foretages ændringer i forsikringsaftaleloven, hvis der kan påvises et behov herfor i praksis. Det gælder både ændring af bestemmelser, der allerede findes i loven, og indsættelse af nye bestemmelser. Udvalget finder således, at der ikke bør foretages ændringer i forsikringsaftaleloven alene med henblik på at regulere forhold, som allerede er eller vil blive tilfredsstillende reguleret på anden vis, herunder i branchehenstillinger mv., medmindre der kan påvises et særligt behov herfor.

Som det fremgår af kapitel 3.1. ovenfor, blev der ved udarbejdelsen af forsikringsaftaleloven lagt vægt på at udforme en lov, der kunne beskytte forsikringstageren/sikrede mod forsikringsselskabets faktiske magtposition ved og efter indgåelsen af en forsikringsaftale.

Det er efter udvalgets opfattelse fortsat væsentligt, at forsikringsaftaleloven i det nødvendige omfang indeholder regler, der på en række punkter sikrer, at der ikke indgås eller anvendes forsikringsaftaler, der stiller forsikringstageren/den sikrede urimeligt dårligt i forhold til selskabet.

Udvalget har i den forbindelse overvejet, om der bør indføres en samlet særlig lovregulering af forsikringsaftaler på forbrugerområdet enten i form af en særlig lov eller et særligt kapitel i forsikringsaftaleloven. Udvalget har imidlertid ikke fundet, at der i praksis er noget påtrængende behov herfor.

I modsætning til en række nyere love og lovændringer på formuerettens område anvender den gældende forsikringsaftalelov ikke begrebet forbruger . Udvalget har ikke fundet, at der er noget væsentligt praktisk behov for at foretage en fuldstændig gennemgang af de gældende regler i forsikringsaftaleloven med henblik på at vurdere, om der på nogle områder bør fastsættes særlige regler for forbrugerforsikringer, herunder om der f.eks. bør skelnes mellem regler, der bør være ufravigelige i forhold til alle grupper af forsikringstagere/sikrede, og regler, der kun bør være ufravigelige i forhold til forbrugere og ikke i forhold til erhvervsdrivende mfl.

I forbindelse med behandlingen af de forskellige konkrete emner, jf. betænkningens del II, har

udvalget imidlertid overvejet, om der bør gælde særlige regler for forbrugerforsikringer. Hvor der foreslås lovændringer, har udvalget navnlig overvejet, i hvilket omfang de foreslåede regler bør kunne fraviges ved aftale. Udvalgets udgangspunkt har her været, at reglerne i givet fald alene bør være ufravigelige ved forbrugerforsikringer, medmindre særlige forhold taler for, at reglerne også skal være ufravigelige ved erhvervsforsikringer mv.

Udvalget har endvidere overvejet, om der findes regler i anden lovgivning, der bør flyttes til forsikringsaftaleloven.

Det gælder f.eks. reglerne i kapitel 4 a i lov om visse forbrugeraftaler vedrørende forbrugerens fortrydelsesret ved tegning af forsikringer. Forsikringsaftaleloven indeholder i § 97 a og § 119 a regler om fortrydelsesret for livsforsikringer og visse ulykkes- og sygeforsikringer, hvilket kunne tale for at samle reglerne om forsikringstagerens fortrydelsesret i forsikringsaftaleloven.

Det netop vedtagne direktiv om fjernsalg af finansielle tjenesteydelser, jf. kapitel 3.3. ovenfor, indeholder bl.a. regler om fortrydelsesret ved fjernsalg af finansielle tjenesteydelser, herunder forsikringer. Udvalget finder det på denne baggrund rigtigst, at de nærmere overvejelser om placeringen af regler om fortrydelsesret på forsikringsområdet sker i forbindelse med gennemførelsen af det nævnte direktiv i dansk ret. Hertil kommer, at det i forhold til den enkelte forsikringstager ikke er afgørende, om reglerne om fortrydelsesret findes i forsikringsaftaleloven eller i anden lovgivning, idet selskabet i forbindelse med forsikringstegningen skal vejlede forsikringstageren om fortrydelsesretten.

Udvalget har endvidere overvejet, om visse af reglerne i lov om forsikringsvirksomhed bør flyttes til forsikringsaftaleloven. Det gælder f.eks. nogle af reglerne om bygningsbrandforsikring. Udvalget har imidlertid ikke fundet noget praktisk behov herfor.

Finanstilsynets repræsentant i udvalget har tilkendegivet, at Finanstilsynet har deltaget som sagkyndig i udvalgets arbejde i kraft af sine tilsynsmæssige opgaver på forsikringsområdet. Udvalgets forslag vedrører kun indirekte tilsynets ansvarsområder, hvorfor tilsynet generelt ikke ønsker at udtale sig om de fremlagte forslag.

Kapitel 5. Urigtige risikooplysninger

5.1. Gældende ret

Grundlaget for et forsikringsselskabs vurdering af risikoen ved at antage en forsikring er navnlig forsikringstagerens egne oplysninger om det, der skal forsikres. Sådanne oplysninger kan være afgørende for, om selskabet i det hele taget vil tegne forsikringen, men kan også hvis forsikringen tegnes få betydning for udformningen af forsikringsbetingelserne og for præmiens størrelse.

Forsikringsaftalelovens §§ 4-10 regulerer retsvirkningerne af, at der er afgivet urigtige oplysninger ved aftalens indgåelse. Ved siden heraf gælder almindelige aftaleretlige regler, herunder reglerne i aftaleloven, i det omfang forsikringsaftalelovens §§ 4-10 ikke finder anvendelse.

Det antages, at forsikringstageren har en *svarpligt* i de tilfælde, hvor han eller hun skal udfylde en forsikringsbegæring, eller hvor selskabet stiller bestemte spørgsmål i forbindelse med forsikringstegningen (§§ 4-6), dvs. at forsikringstageren skal besvare spørgsmålene så sandfærdigt og fyldestgørende som muligt.

Det antages nu i almindelighed uanset ordlyden af §§ 4-6 at svarpligten som udgangspunkt kun består, indtil forsikringsbegæringen afsendes eller afleveres til forsikringsselskabet, dvs. at der alene stilles krav om, at forsikringstageren er i god tro om de afgivne oplysningers rigtighed ved afsendelsen af forsikringsbegæringen. Bliver forsikringstageren efter dette tidspunkt opmærksom på forhold, som bestod på tidspunktet for forsikringsbegæringens afgivelse, og som skulle have været oplyst, vil undladelse af efterfølgende at give de korrekte oplysninger således ikke skulle bedømmes efter §§ 4-6, men efter § 7, jf. herom nedenfor.[1]

I de tilfælde, hvor der ikke benyttes en forsikringsbegæring ved forsikringens tegning, har forsikringstageren en *oplysningspligt* (§ 7), dvs. at han eller hun af egen drift skal give

risikooplysninger til selskabet. Det samme gælder efter omstændighederne, hvis den pågældende efter afsendelsen af forsikringsbegæringen, og før forsikringsaftalen er indgået, biver klar over forhold, som skulle have været oplyst. Det antages herudover, at forsikringstageren ved skadesforsikringer efter §§ 7 og 46 eller deres analogi har en oplysningspligt, hvis han eller hun i forsikringstiden bliver opmærksom på forhold, som bestod ved begæringens afgivelse, og som skulle have været oplyst.[2]

Forsikringsaftalelovens § 4 regulerer de tilfælde, hvor forsikringstageren ved afgivelsen af de urigtige risikooplysninger har handlet svigagtigt.

§ 4. Har forsikringstageren ved forsikringens tegning svigagtig givet urigtig oplysning om eller fortiet en omstændighed, som må antages at være af betydning for selskabet, er aftalen ikke bindende for dette. Det samme gælder, hvis hans forhold i øvrigt har været af en sådan art, at det ville stride mod almindelig hæderlighed at gøre aftalen gældende.

§ 4 indeholder en delvis gengivelse af aftalelovens §§ 30 og 33 og er medtaget for at præcisere, at de almindelige regler om virkningerne af, at der er afgivet urigtige risikooplysninger, ikke gælder ved svig og uhæderlighed, hvor forsikringsaftalen helt bortfalder.[3]

Svig i forsikringsretlig forstand forudsætter, at forsikringstageren bevidst har afgivet urigtige oplysninger for at opnå forsikringen eller opnå denne på mere fordelagtige vilkår.[4]

Den udviste svig skal være relevant, dvs. at den skal være af betydning for selskabet. Angår svigen derimod et betydningsløst forhold, kan selskabet ikke påberåbe sig § 4. Det synes uafklaret, i hvilket omfang selskabet kan påberåbe sig svig, som kun har mindre betydning for selskabet, f.eks. i tilfælde, hvor selskabet normalt ville have tegnet forsikringen på ændrede vilkår, f.eks. til en forhøjet præmie eller med særlige klausuler i forsikringsbetingelserne.[5]

Forsikringsselskabet har bevisbyrden for, at forsikringstageren har udvist svig, og at den udviste svig er af betydning for selskabet.

Har forsikringstageren i andre tilfælde forsætligt eller uagtsomt afgivet urigtige risikooplysninger, kan forsikringsselskabet helt eller delvist blive fri for ansvar efter forsikringsaftalelovens § 6.

§ 6. Har forsikringstageren, uden at forholdet omfattes af §§ 4 eller 5, givet urigtig oplysning, er selskabet fri for ansvar, hvis det kan antages ikke at ville have overtaget forsikringen, om det rette forhold havde været oplyst.

Stk. 2. Må det antages, at selskabet ville have overtaget forsikringen, men på andre vilkår,

hæfter det i det omfang, i hvilket det mod den aftalte præmie ville have forpligtet sig. Ville selskabet ved genforsikring i videre omfang have begrænset sit ansvar for egen regning, nedsættes erstatningen i samme forhold.

Stk. 3. Ved søforsikring og anden transportforsikring samt garantiforsikring gælder i stedet for den i 2det stykke nævnte regel, at selskabet kun hæfter i det omfang, i hvilket det godtgøres, at det forhold, hvorom urigtig oplysning er givet, har været uden indflydelse på forsikringsbegivenhedens indtræden eller skadens størrelse.

Efter § 6, stk. 1, er selskabet således fri for ansvar, hvis der objektivt er afgivet urigtige risikooplysninger, dette kan tilregnes forsikringstageren som uagtsomt, og selskabet slet ikke ville have tegnet forsikringen, hvis de rigtige oplysninger var givet.

Fra praksis kan f.eks. nævnes:

I UfR 1997.683 H undlod forsikrede ved tegning af en ulykkesforsikring at oplyse om kraniebrud efter to tidligere færdselsuheld. Retten fandt, at afgivelsen af de urigtige oplysninger kunne tilregnes forsikrede som uagtsom. Assurandør-Societetet (nu Forsikring & Pension) udtalte, at de fleste forsikringsselskaber ville have antaget den pågældende ulykkesforsikring, selv om de havde været bekendt med de rigtige oplysninger. Det fandtes herefter ikke antageliggjort, at selskabet ikke ville have tegnet forsikringen eller kun ville have tegnet den på ændrede vilkår, hvis de rigtige oplysninger var blevet givet.

I FED 2000.1608 Ø havde forsikringstageren ikke oplyst om en erklæring fra Teknologisk Institut i forbindelse med tegning af en bygningsforsikring. Det fandtes imidlertid ikke godtgjort, at selskabet ville have taget forbehold, hvis selskabet ved tegningen havde haft kendskab til erklæringen, navnlig fordi forsikringen blev tegnet som en puljeforsikring omfattende 225 ejendomme.

§ 6, stk. 2, indeholder den praktisk vigtige pro rata-regel, der regulerer de tilfælde, hvor forsikringstageren har afgivet urigtige risikooplysninger, men hvor selskabet alligevel må antages at ville have tegnet forsikringen, dog på andre vilkår. Reglen indebærer, at forsikringsydelsen fastsættes efter forholdet mellem den betalte præmie og den præmie, der ville være blevet opkrævet, hvis selskabet havde kendt til de rigtige oplysninger.

Reglens anvendelse kan illustreres med følgende eksempel:

Er der tegnet en ulykkesforsikring med en forsikringssum på 1 mio. kr. mod en årlig præmie på 3.000 kr., men selskabet ville have krævet en årlig præmie på 4.000 kr., hvis de korrekte risikooplysninger var givet, nedsættes forsikringsydelsen forholdsmæssigt, dvs. efter forholdet 3.000:4.000. Ved en invaliditetsgrad på 100 pct. nedsættes erstatningen således til 750.000 kr.[6]

Pro rata-reglen i § 6, stk. 2, kan også føre til, at der slet ikke ydes erstatning. Det kan f.eks. være tilfældet ved en personforsikring, hvor forsikringstageren har afgivet urigtige oplysninger om et forhold, som selskabet ville have fraskrevet sig ansvaret for. Hvis der indtræder en forsikringsbegivenhed, som er udtryk for netop den undtagne risiko, vil selskabet være helt fri for ansvar.

Selskabet kan påberåbe sig reglerne i § 6, stk. 1-2, selv om der ikke er forbindelse (årsagssammenhæng) mellem det forhold, hvorom der er afgivet urigtige oplysninger, og den indtrådte forsikringsbegivenhed.

Ved udarbejdelsen af forsikringsaftaleloven blev det overvejet i stedet for pro rata-reglen i § 6, stk. 2, at anvende en såkaldt kausalitetsregel, dvs. en regel om, at erstatningen kun nedsættes, hvis det forhold, hvorom der er afgivet urigtige oplysninger, har haft indflydelse på forsikringsbegivenheds indtræden. Dette blev imidlertid afvist bl.a. under henvisning til, at en kausalitetsregel, der fører til en alt eller intet -situation, ville få et noget vilkårligt præg. Det hedder herom i forarbejderne:[7]

Kausalitetsreglen har med sit alt eller intet et noget vilkaarligt Præg. Dertil kommer, at da det, for at Reglen overhovedet skal være anvendelig, er nødvendigt at paalægge Forsikringstageren en streng Bevisbyrde, vil den kunne være ret haard mod denne særlig i Brancher, hvor det som f.Eks. ved Livsforsikring hyppigt er umuligt at føre et stringent Bevis for manglende Aarsagssammenhæng mellem det paagældende Forhold og Forsikringsbegivenheden.

Ved søforsikring og anden transportforsikring samt ved garantiforsikring anvendes dog en kausalitetsregel, jf. § 6, stk. 3. Baggrunden herfor er, at det beregningstekniske grundlag for at anvende pro rata-reglen på disse forsikringsområder, navnlig faste præmietariffer mv., ikke var til stede på tidspunktet for udarbejdelsen af forsikringsaftaleloven.[8]

Efter forsikringsaftalelovens § 5 hæfter selskabet fuldt ud, hvis forsikringstageren var i god tro ved afgivelsen af de urigtige risikooplysninger, dvs. at forsikringstageren hverken vidste eller burde vide, at oplysningerne var forkerte.

§ 5. Må det antages, at forsikringstageren ved forsikringens tegning hverken vidste eller burde vide, at en af ham given oplysning var urigtig, hæfter selskabet, som om urigtig oplysning ikke forelå.
Stk. 2. Ved skadesforsikring kan selskabet dog opsige forsikringen med en uges hvis forsikringstageren har bopæl i Grønland, en måneds varsel.

Det er forsikringstageren, der har bevisbyrden for, at han eller hun var i god tro. Det antages

dog, at der ikke kan stilles strenge krav til beviset for god tro, jf. må det antages . I de tilfælde, hvor det er en repræsentant for selskabet, f.eks. en assurandør, der har udfyldt forsikringsbegæringen på grundlag af forsikringstagerens mundtlige svar eller i øvrigt har deltaget i udfyldelsen af forsikringsbegæringen, vil det antagelig kunne være nemmere for forsikringstageren at bevise, at han eller hun var i god tro. I disse tilfælde vil besvarelsen af forsikringsbegæringens spørgsmål let kunne afhænge af, hvor grundig selskabets repræsentant er med hensyn til at udspørge og vejlede forsikringstageren samt notere svarene.[9]

I FED 1997.592 Ø var der i forsikringsbegæringen vedrørende en livsforsikring med invalidepension angivet en alt for høj årlig indtægt. Retten lagde vægt på, at selskabets assurandør havde medvirket ved udfyldelsen af begæringen, og at forsikringstageren ikke var blevet ordentligt vejledt om bl.a. forståelsen af det pågældende spørgsmål i forsikringsbegæringen. Forsikringstageren fandtes derfor at have været i god tro.

Efter § 5, stk. 2, kan selskabet opsige en skadesforsikring, selv om forsikringstageren har afgivet urigtige risikooplysninger i god tro. Begrænsningen i opsigelsesadgangen til alene at gælde for skadesforsikringer er i forarbejderne begrundet med, at det i almindelighed vil være let for forsikringstageren mod en mindre præmieforhøjelse at få tegnet en ny skadesforsikring, mens det ved livs- og ulykkesforsikring vil kunne ske, at forsikringstageren på grund af alder, sygdom mv. slet ikke eller kun mod en væsentligt større præmie vil kunne tegne en ny forsikring.[10]

Som nævnt ovenfor har forsikringstageren i visse tilfælde en *oplysningspligt*, dvs. en pligt til af egen drift at give selskabet risikooplysninger. Det gælder f.eks., hvis der ved forsikringens tegning ikke anvendes en forsikringsbegæring.

Efter forsikringsaftalelovens § 7 har forsikringstagerens manglende overholdelse af

oplysningspligten samme virkning som tilsidesættelse af svarpligten, jf. § 6, dvs. at selskabets ansvar bortfalder eller nedsættes. I modsætning til § 6 er § 7 imidlertid begrænset til tilfælde, hvor tilsidesættelsen af oplysningspligten kan tilregnes forsikringstageren som groft uagtsom, ligesom det er en forudsætning, at forsikringstageren burde være klar over, at det ikke oplyste forhold var af betydning for selskabet.

§ 7. Forsikringstagerens undladelse af at give oplysning har ingen indflydelse på selskabets ansvar, medmindre han burde være klar over, at den ikke oplyste omstændighed var af betydning for selskabet, og hans forhold kan tilregnes ham som grov uagtsomhed. I så fald anses han, som om han havde givet urigtig oplysning, jfr. § 6.

Selv om forsikringstageren har afgivet urigtige risikooplysninger, kan selskabet ikke påberåbe

sig dette, hvis det ved forsikringens tegning kendte eller burde kende det rette forhold, jf. § 9.

§ 9. Selskabet kan ikke gøre gældende, at urigtig oplysning er givet, såfremt det ved forsikringens tegning var eller burde være vidende om det rette forhold, eller den omstændighed, hvorom selskabet er forblevet uvidende, var uden betydning for det eller senere har ophørt at have sådan betydning.

Det kan normalt ikke kræves, at selskabet uopfordret og uden særlig anledning søger at få bekræftet forsikringstagerens oplysninger. Som udgangspunkt må der ske identifikation mellem selskabets ansatte mfl. og selskabet, således at selskabet ikke kan påberåbe sig, at der er afgivet urigtige oplysninger, hvis en ansat i selskabet på tegningstidspunktet kendte eller burde have kendt de korrekte forhold.[11]

Efter § 9 kan selskabet endvidere ikke påberåbe sig urigtige oplysninger vedrørende forhold, som var uden betydning for selskabet på tegningstidspunktet, eller som senere har mistet deres betydning. En urigtig oplysning kan f.eks. have mistet sin betydning, hvis selskabet ændrer antagelses- eller præmiefastsættelsespraksis, eller hvis det forhold, som oplysningen angår, senere ændres, f.eks. hvis det ved tegning af en bygningsforsikring urigtigt oplyses, at en etageadskillelse er brandfast, og etageadskillelsen senere gøres brandfast.

Hvis selskabet vil påberåbe sig, at der er afgivet urigtige risikooplysninger, skal selskabet meddele forsikringstageren dette uden unødigt ophold, efter at selskabet har fået kundskab om, at oplysningerne er urigtige, medmindre forsikringstageren har udvist svig, jf. § 8.

§ 8. Vil selskabet påberåbe sig, at et af de i §§ 5-7 nævnte forhold foreligger, skal det efter at have fået kundskab om oplysningens urigtighed uden unødigt ophold meddele forsikringstageren, i hvilket omfang det vil påberåbe sig nogen af de rettigheder, disse paragraffer hjemler.

Der må gives selskabet rimelig tid til at undersøge forholdet nærmere, efter at det er blevet bekendt med, at der er afgivet urigtige risikooplysninger.[12]

I UfR 2001.791 H fandtes selskabet ikke at have udvist retsfortabende passivitet, jf. § 8, ved at bruge ca. 8 måneder på at indhente lægeerklæringer mv., før sagen blev forelagt Bedømmelsesforeningen.

I AKF 54.648 (Forsikring nr. 23/24 2001) fandt Ankenævnet for Forsikring, at selskabet ikke længere kunne påberåbe sig urigtige risikooplysninger, efter at det i ca. 10 måneder havde været i besiddelse af de korrekte helbredsoplysninger.

I AKF 38.593[13] havde forsikringstageren ved tegning af en ulykkesforsikring i 1991 undladt at oplyse om en tidligere rygskade. I 1993 skete en ny rygskade, som selskabet afviste at dække, idet oplysningerne om den tidligere skade nu kom frem. Selskabet fandtes imidlertid ikke at kunne påberåbe sig den urigtige oplysning, idet selskabet, der påberåbte sig de urigtige oplysninger i august 1995, efter en speciallægeerklæring havde haft mulighed for i november 1994 at vurdere, om der forelå urigtige risikooplysninger, og i givet fald gøre dette gældende over for forsikringstageren.

Efter § 10, stk. 1, kan reglerne i §§ 5 og 7-9 ikke ved aftale fraviges til skade for forsikringstageren. § 6 kan derimod fraviges ved aftale, men det sker sædvanligvis ikke.[14]

§§ 4-9 vedrører alene urigtige risikooplysninger afgivet af forsikringstageren. Selskabets eventuelle forbehold om ansvarsfrihed, hvis der er afgivet urigtige oplysninger af andre end forsikringstageren, kan imidlertid ikke medføre strengere retsvirkninger, end hvis oplysningerne var givet af forsikringstageren, jf. § 10, stk. 2. Det samme gælder, hvis selskabet ikke har indhentet nærmere oplysninger om et bestemt faktisk forhold, men i forsikringsbetingelserne blot har beskrevet dette, f.eks. at den forsikrede ejendom har fast tag, og forbeholdt sig ansvarsfrihed, hvis beskrivelsen viser sig at være urigtig, jf. § 10, stk. 3.

§ 10. Aftale, som strider mod bestemmelserne i §§ 5 og 7-9, kan ikke påberåbes af selskabet.
Stk. 2. Har selskabet forbeholdt sig at være fri for ansvar, hvis en oplysning, som gives af en anden end forsikringstageren, viser sig at være urigtig, kan dette ikke medføre strengere virkninger, end hvis oplysningen var givet af forsikringstageren. Selskabet kan ikke forbeholde sig at være fri for ansvar, hvis helbredsoplysninger, der er givet af læger eller andre sagkyndige i forbindelse med tegning af en forsikring, som omfattes af § 120 a, viser sig at være urigtige eller ufuldstændige.
Stk. 3. Det samme gælder, hvis selskabet i policen har beskrevet et faktisk forhold uden at have indhentet oplysninger desangående fra forsikringstageren eller andre og har forbeholdt sig at være helt eller delvis fri for ansvar, hvis det måtte vise sig, at beskrivelsen var urigtig.

Det kan endelig nævnes, at et forsikringsselskab efter forsikringsaftalelovens § 3 a ikke må anmode om eller bruge oplysninger, der kan belyse en persons arveanlæg mv. Hvis selskabet i strid hermed stiller spørgsmål herom, kan selskabet ikke påberåbe sig reglerne om afgivelse af urigtige risikooplysninger i §§ 4-6, hvis forsikringstageren ikke besvarer spørgsmålene korrekt.[15]

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

pågældendes eller andre personers nuværende eller tidligere helbredstilstand.

5.2. Reglerne i de andre nordiske lande

5.2.1. Norge

Efter den norske forsikringsaftalelovs § 4-1 og § 13-1 har forsikringstageren både en svarpligt ved forsikringens tegning, dvs. en pligt til at give rigtige og fuldstændige svar på selskabets spørgsmål, og en oplysningspligt, dvs. en pligt til af egen drift at give selskabet oplysninger om særlige forhold, som kendeligt er af betydning for selskabet. Ved skadesforsikringer men ikke ved personforsikringer har forsikringstageren endvidere pligt til at korrigere de meddelte risikooplysninger, hvis han eller hun senere bliver klar over, at oplysningerne var urigtige eller ufuldstændige.

§ 4-1. *(forsikringstakerens plikt til å gi opplysninger om risikoen)*

I forbindelse med inngåelsen eller fornyelse av en forsikringsavtale kan selskapet be om opplysninger om forhold som kan ha betydning for dets vurdering av risikoen.
Forsikringstakeren skal gi riktige og fullstendige svar på selskapets spørsmål.
Forsikringstakeren skal også av eget tiltak gi opplysninger om særlige forhold som han eller hun må forstå er av vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen.
...

§ 13-1. *(forsikringstakerens og den forsikredes plikt til å gi opplysninger om risikoen)*

Så lenge selskapet ikke har påtatt seg å dekke forsikringen, kan det be om opplysninger som kan ha betydning for dets vurdering av risikoen. Forsikringstakeren og den forsikrede skal gi riktige og fullstendige svar på selskapets spørsmål. De skal også av eget tiltak gi opplysninger om særlige forhold som de må forstå er av vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen.

Hvis forsikringstageren svigagtigt har givet urigtige oplysninger, er selskabet fri for ansvar, jf. § 4-2 og § 13-2. I andre tilfælde kan erstatningen nedsættes eller bortfalde, forudsat at forsikringstageren ikke blot har udvist ringe uagtsomhed. Ved vurderingen heraf skal der bl.a. tages hensyn til, om og i givet fald på hvilke vilkår forsikringen ville være blevet tegnet, hvis selskabet havde kendt de rigtige oplysinger, og på om der er årsagssammenhæng mellem de urigtige oplysninger og den indtrådte skade.[16]

§ 4-2. *(nedsettelse av selskapets ansvar når opplysningsplikten er forsømt)*

Har forsikringstakeren svikaktig forsømt opplysningsplikten etter § 4-1, og er det inntruffet et forsikringstilfelle, er selskapet uten ansvar overfor forsikringstakeren.

Har forsikringstakeren ellers forsømt sin opplysningsplikt, og det ikke bare er lite å legge ham eller henne til last, kan selskapets ansvar overfor forsikringstakeren settes ned eller falle bort.

Ved avgjørelsen etter annet ledd skal det tas hensyn til hvilken betydning feilen har hatt for selskapets vurdering av risikoen, til skyldgraden, skadeforløpet og forholdene ellers.
...

§ 13-2. *(nedsettelse av selskapets ansvar når opplysningsplikten er forsømt)*

Har forsikringstakeren eller den forsikrede svikaktig forsømt opplysningsplikten etter § 13-1, og er det inntruffet et forsikringstilfelle, er selskapet uten ansvar.

Har forsikringstakeren eller den forsikrede ellers forsømt sin opplysningsplikt, og det ikke bare er lite å legge vedkommende til last, kan selskapets ansvar settes ned eller falle bort.

Ved avgjørelsen etter annet ledd skal det tas hensyn til hvilken betydning feilen har hatt for selskapets vurdering av risikoen, og til skyldgraden, skadeforløpet og forholdene ellers.

Efter § 4-3 og § 13-3 kan selskabet endvidere opsige forsikringen, hvis der er givet urigtige risikooplysninger. Opsigelse af en skadesforsikring kan ske, selv om der intet er at bebrejde forsikringstageren. De urigtige oplysninger skal blot angå væsentlige punkter. Ved personforsikringer kan opsigelse derimod ikke ske, hvis forsikringstageren alene har udvist en ringe uagtsomhed. Hvis selskabet med kendskab til de korrekte forhold ville have tegnet en personforsikring på andre vilkår, herunder til en højere præmie, kan forsikringstageren kræve, at forsikringen skal fortsætte på disse vilkår.

§ 4-3. *(selskapets rett til å si opp forsikringen når det har fått uriktige opplysninger)*

Blir selskapet kjent med at de opplysninger det har fått om risikoen er uriktige eller ufullstendige på noe vesentlig punkt, kan det si opp forsikringen med 14 dagers varsel. § 3-3 annet ledd [om begrundelse mv.] får tilsvarende anvendelse. Har forsikringstakeren opptrådt svikaktig, kan selskapet likevel si opp denne og andre forsikringsavtaler det har med forsikringstakeren med øyeblikkelig virkning.
...

§ 13-3. *(selskapets rett til å si opp forsikringen og endring av avtalen når opplysningsplikten er forsømt)*

Blir selskapet i forsikringstiden kjent med at opplysningsplikten er forsømt, og det ikke bare er lite å legge forsikringstakeren eller den forsikrede til last, kan det si opp forsikringen med 14 dagers varsel. § 12-4 tredje ledd [om begrundelse mv.] får tilsvarende anvendelse. Har forsikringstakeren opptrådt svikaktig, kan selskapet likevel si opp denne og andre forsikringsavtaler det har med forsikringstakeren med øyeblikkelig virkning.

Må det antas at selskapet med kunnskap om det rette forhold hadde dekket forsikringen mot høyere præmie eller for øvrig på andre vilkår, kan forsikringstakeren innen oppsigelsesfristens utløp kreve å få fortsette forsikringsforholdet på slike vilkår. Så lenge nye vilkår ikke er avtalt, løper den opprinnelige forsikring med den begrensning som følger av § 13-2 annet og tredje ledd, likevel ikke ut over tre måneder fra oppsigelsen. Retten til fortsatt forsikring etter dette leddet, gjelder ikke dersom det har vært utvist svik.

Selskapet skal i oppsigelsen gjøre forsikringstakeren oppmerksom på den mulighet for fortsatt forsikring som forsikringstakeren kan ha. Krever forsikringstakeren fortsatt forsikring, kan selskapet forlange de nye opplysninger som det trenger for sin vurdering.

Efter § 4-4 og § 13-4 kan selskabet ikke påberåbe sig, at der er givet urigtige risikooplysninger, hvis selskabet kendte eller burde have kendt hertil, da det fik oplysningerne, eller hvis det forhold, som oplysningerne angik, var uden betydning for selskabet eller senere har mistet sin betydning.

§ 4-4. *(begrensning av selskapets rett til å påberope seg mangelfulle opplysninger)*

Selskapet kan ikke påberope seg at det har fått uriktige eller ufullstendige opplysninger dersom det kjente eller burde ha kjent til dette forhold da det fikk opplysningene. Det samme gjelder dersom det forhold som opplysningene gjaldt, var uten betydning for selskapet, eller senere har opphørt å ha betydning. Er det utvist svik, gjelder begrensningen i første punktum bare dersom selskapet var klar over at de opplysningene det fikk, var uriktige eller ufullstendige.
...

§ 13-4. *(begrensning av selskapets rett til å påberope seg mangelfulle opplysninger)*

Selskapet kan ikke påberope seg att opplysningsplikten er forsømt dersom det kjente eller burde kjent til at opplysningene var uriktige eller ufullstendige, da det fikk opplysningene. Det samme gjelder dersom det forhold som opplysningene gjaldt, var uten betydning for selskapet, eller senere har opphørt å ha betydning. Et det utvist svik, gjelder begrensningen i første punktum bare dersom selskapet var klar over de opplysningene det fikk, var uriktige eller ufullstendige.

Ved livsforsikring kan selskapet påberope seg at opplysningsplikten er forsømt bare dersom forsikringstilfellet er inntruffet eller selskapet har gitt varsel etter § 13-13 [om at selskabet vil påberåbe sig, at der er afgivet urigtige risikooplysninger] innen to år etter at selskapets ansvar begynte å løpe. Denne begrensningen gjelder ikke dersom det har vært utvist svik.

Forsikringsaftaleloven indeholder for skadesforsikringer i § 4-12 og § 14-4 generelle regler, som også gælder, hvis der er afgivet urigtige risikooplysninger.

§ 4-12. *(hensynet til sikredes livsforhold)*

Ved vurderingen av om selskapets ansvar skal settes ned eller falle bort etter reglene i dette kapitlet, skal det ved forsikring av bolig, innbo og andre gjenstander som nevnt i lov 8. juni 1984 nr. 59 om fordringshavernes dekningsrett § 2-3 første ledd bokstavene a og b tas hensyn til hvilken virkning en avkortning vil få for sikrede eller for andre personer som er økonomisk avhengige av sikrede.
...

§ 4-14. *(selskapets plikt til å si fra om at det vil bruke sine rettigheter)*

Hvis selskapet vil gjøre gjeldende at det etter en av reglerne i dette kapitlet er helt eller delvis fri for ansvar eller har rett til å si opp forsikringen, skal det gi forsikringstakeren eller sikrede skriftlig beskjed om sitt standpunkt. Beskjeden skal gis uten ugrunnet opphold etter at selskapet ble kjent med det forhold som medfører at regelen kan anvendes. I denne forbindelse skal selskapet også gi orientering om adgangen til å kreve nemnbehandling etter § 20-1, eventuelt om andre muligheter for å få prøvd saken utenfor domstolene.

Forsømmer selskapet å gi slik beskjed, mister det retten til å påberope seg forholdet.

I § 13-13 findes for personforsikringer en regel om selskabets pligt til at give meddelelse, hvis det vil påberåbe sig sine rettigheder, som i det væsentlige svarer til den ovennævnte § 4-14.

Det bemærkes, at et udvalg under Sosial- og helsedepartementet har foreslået, at der bl.a. i forsikringsaftaleloven sker en nærmere regulering af forsikringsselskabets indhentelse og brug af helbredsoplysninger.[17] Der er dog endnu ikke fremsat lovforslag herom.

5.2.2. Sverige

Den svenske forsikringsaftalelov indeholder i §§ 4-10 regler om virkningen af, at der er afgivet urigtige risikooplysninger, der i væsentlige svarer til de tilsvarende regler i den danske

forsikringsaftalelov.

4 § Har vid avtalets slutande försäkringstagaren svikligen uppgivit eller förtegat något förhållande, som kan antagas vara av betydelse för försäkringsgivaren,

eller har han, utan att svikligt förfarande kan anses hava förelegat, uppgivit eller förtegat något förhållande under sådana omständigheter, att det skulle strida mot tro och heder att åberopa avtalet, vare avtalet ogiltigt, efter ty därom stadgas i lagen om avtal och andra rättshandlingar på förmögenhetsrättens område.

5 § Kan det antagas, att försäkringstagaren vid avtalets slutande varken insett eller bort inse, att en av honom lämnad uppgift var oriktig, vare oriktigheten utan inverkan å försäkringsgivarens ansvarighet.

Angår avtalet skadeförsäkring, äge försäkringsgivaren dock rätt att uppsäga avtalet att upphöra fjorton dagar efter uppsägningen.

6 § Har i annat fall än i 4 och 5 §§ avses försäkringstagaren lämnat oriktig uppgift, och kan det antagas, att försäkringsgivaren med kännedom om rätta förhållandet över huvud icke skulle meddelat försäkring, vare denne fri från ansvarighet.

Kan det antagas, att försäkringsgivaren väl skulle hava meddelat försäkring men i avseende å premie eller eljest uppställt andra villkor än i avtalet upptagits, vare hans ansvarighet begränsad till vad i betraktande härav svarar mot den utfästa premien. Har försäkringsgivaren icke tagit återförsäkring såsom eljest skulle hava skett, skall hans ansvarighet därefter lämpas.

Angår avtalet sjöförsäkring eller annan transportförsäkring, gälle, i stället för vad i andra stycket stadgats, att försäkringsgivaren för inträffat försäkringsfall svarar endast i den mån det visas, att det oriktigt uppgivna förhållandet varit utan betydelse för försäkringsfallets inträffande eller skadans omfattning.

7 § Har försäkringstagaren underlåtit att uppgiva en av honom känd omständighet, vars betydelse han insett eller bort inse, och kan förtigandet tillräknas honom såsom vårdslöshet, äge vad i 6 § är för där avsett fall stadgat motsvarande tillämpning.

I andra fall än nu sagts vare försäkringstagarens underlåtenhet att lämna uppgift utan inverkan å försäkringsgivarens ansvarighet.

8 § Får försäkringsgivaren kännedom om att sådant fall är för handen som i 5 § andra stycket, 6 § eller 7 § första stycket avses, och giver han ej utan oskäligt uppehåll försäkringstagaren

meddelande, att och i vad mån han vill bliva från ansvarighet fri, må sådan befrielse ej vidare av honom påkallas.

9 § Oriktig uppgift eller förtigande vare utan inverkan å försäkringsgivarens ansvarighet, där han ägt eller bort äga kännedom om rätta förhållandet, så ock där den omständighet uppgiften eller förtigandet avsåg var utan betydelse för försäkringsgivaren eller efter avtalets slutande upphört att äga betydelse för honom.

10 § Förbehåll, som strider mot 5 §, 7 § andra stycket, 8 eller 9 §, må ej av försäkringsgivaren åberopas.

Har förbehåll träffats, att oriktig uppgift, som lämnats av annan än försäkringstagaren eller intagits i försäkringsbrevet, skall utöva inverkan å försäkringsgivarens ansvarighet, äge denne dock icke i något fall göra gällande annan påföljd än som skolat inträda, om uppgiften lämnats av försäkringstagaren.

Konsumentforsäkringslagen indeholder i 30 § en regel, hvorefter selskabet ikke kan påberåbe sig, at der er afgivet urigtige oplysninger, hvis forsikringstageren alene har udvist en ringe uagtsomhed. Der skal i givet fald foretages en skønsmæssig vurdering af, om erstatningen skal nedsættes. Der kan bl.a. lægges vægt på, hvilken betydning det uoplyste forhold har for forsikringsbegivenhedens indtræden og på graden af forsikringstagerens skyld. Der kan også tages hensyn til forsikringsselskabets adfærd, f.eks. hvis selskabet tidligere er blevet opmærksom på, at der muligvis var givet urigtige oplysninger, men har undladt at reagere. Undtagelsesvis vil der også kunne lægges vægt på, om sikrede på grund af særlige omstændigheder har et væsentlig behov for erstatningen.[18]

30 § Har försäkringstagaren när försäkringen tecknades uppsåtligen eller genom oaktsamhet som inte är ringa lämnat en oriktig uppgift eller förtigit en omständighet av vikt, kan ersättning från försäkringen sättas ned i fråga om varje försäkrad. Nedsättningen görs efter vad som är skäligt med hänsyn till det verkliga förhållandets betydelse för försäkringsfallet och för omfattningen av skadan samt till försäkringstagarens uppsåt eller oaktsamhet och omständigheterna i övrigt.

Det seneste udkast til en ny svensk forsikringsaftalelov indeholder i 4 kap. og 13 kap. regler om forsikringstagerens oplysningspligt ved henholdsvis skadesforsikringer og personforsikringer.

Ved en skadesforsikring afhænger virkningen af, at der er afgivet urigtige risikooplysninger medmindre der er udvist svig af, om der er tale om en forbrugerforsikring eller en erhvervsforsikring. I begge tilfælde er det dog en forudsætning, at forsikringstageren har

handlet forsætligt eller uagtsomt.

Ved forbrugerforsikringer skal der som efter den gældende regel i konsumentförsäkringslagen foretages en skønsmæssig vurdering af, om erstatningen skal nedsættes. Ved erhvervsforsikringer er selskabet derimod kun ansvarlig i det omfang, det ville have tegnet forsikringen med kendskab til de korrekte forhold, jf. 4 kap. 2 §.

[4 kap.] *Upplysningsplikten*

1 § Försäkringstagaren är skyldig att på bolagets begäran lämna upplysningar som kan ha betydelse för frågan om en försäkring skall meddelas eller förnyas. Försäkringstagaren skall ge riktiga och fullständiga svar på bolagets frågor.

Vid företagsförsäkring skall försäkringstagaren också utan förfrågan av bolaget lämna uppgift om förhållanden av uppenbar betydelse för riskbedömningen och under försäkringstiden på begäran ge bolaget upplysningar om sådana förhållanden.

Om försäkringstagaren inser att bolaget tidigare har fått oriktiga eller ofullständiga uppgifter om förhållanden av uppenbar betydelse för riskbedömningen, är han skyldig att utan oskäligt dröjsmål rätta uppgifterna.

2 § Har försäkringstagaren vid avtalets ingående förfarit svikligt eller i strid mot tro och heder, är försäkringsbolaget fritt från ansvar för inträffade försäkringsfall och är berättigat att säga upp försäkringen med omedelbar verkan. Uppsägningen skall ske skriftligen.

Om i annat fall försäkringstagaren uppsåtligen eller oaktsamt har eftersatt sin upplysningsplikt enligt 1 §, kan ersättning från en konsumentförsäkring sättas ned i fråga om varje försäkrad efter vad som är skäligt med hänsyn till den betydelse förhållandet skulle ha haft för bolagets bedömning av risken, det uppsåt eller den oaktsamhet som har förekommit och övriga omständigheter. I fråga om företagsförsäkring gäller i stället att bolaget är fritt från ansvar, om bolaget inte skulle ha meddelat försäkring om upplysningsplikten hade fullgjorts. Skulle bolaget ha meddelat företagsförsäkring mot högre premie eller i övrigt på andra villkor än som avtalats, är bolagets ansvar begränsat till vad som svarar mot den premie som har avtalats och de villkor i övrigt som bolaget skulle ha godtagit.

3 § Försäkringsbolaget får ställa som villkor att försäkringstagaren utan oskäligt uppehåll skall till bolaget anmäla, om ett angivet förhållande av väsentlig betydelse för risken ändras. Om försäkringstagaren försummar att göra en sådan anmälan, kan ersättningen från försäkringen sättas ned i fråga om varje försäkrad enligt vad som sägs i 2 § andra stycket. En förutsättning är dock att bolaget i samband med krav på premien har upplyst försäkringstagaren om hans anmälningsskyldighet och om följderna av att denna inte fullgörs.

4 § Försäkringsbolaget får inte åberopa bestämmelsen i 2 § andra stycket, om bolaget, när det tog emot upplysningarna eller de skulle ha getts, insåg eller hade bort inse att lämnade uppgifter var oriktiga eller ofullständiga. Detsamme gäller, om det förhållande som upplysningarna avsåg var utan betydelse för bolaget eller senare har upphört att ha betydelse.

4 kap. indeholder herudover generelle bestemmelser, som også gælder ved forsikringstagerens tilsidesættelse af oplysningspligten.

Gemensamma bestämmelser

9 § Reglerna i detta kapitel om att ersättning kan nedsättas eller inte skall betalas tillämpas inte på grund av

1. handlande som har inneburit endast ringa oaktsamhet,
2. handlande av någon som har varit i sådant sinnestillstånd som avses i 30 kap. 6 § brottsbalken eller varit under tolv år, eller
3. handlande som har avsett att förebygga skada på person eller egendom i sådant nödläge att det varit försvarligt.

Som grov vårdslöshet skall vid tillämpning av 5 och 7 §§ anses att den försäkrade måste antas ha handlat eller underlåtit att handla i vetskap om at detta innebar en betydande risk för den inträffade skadan.

Bestämmelserna om nedsättning av ersättning i 5 § andra stycket, 6 § första stycket og 7 § andra stycket tillämpas inte vid ansvarsförsäkring. Om inte fall som avses i 7 kap. 7 § tredje stycket 1-3 föreligger, är dock försäkringsbolaget skyldigt att lämna ersättning endast i den mån denna inte kan utges av någon försäkrad.

10 § Vill försäkringsbolaget göra gällande att det i sådanna fall som avses i detta kapitel är helt eller delvis fritt från ansvar, skall bolaget lämna skriftligt meddelande om detta till försäkringstageren och till en försäkrad som gör anspråk på försäkringsersättning. Meddelandet skall lämnas utan oskäligt uppehåll från det att bolaget fick kännedom om det förhållande som medför att ansvarsfrihet kan föreligga. Försummar bolaget detta, förlorar det rättem att åberopa förhållandet, om inte försäkringstagaren eller den försäkrade har förfarit svikligt eller i strid mot tro och heder.

11 § Reglerna i detta kapitel tillämpas också på försäkringsvillkor som enligt sin lydelse begränsar försäkringens omfattning, när begränsningen beror av

1. om någon på den försäkrades sida uppsåtligen eller genom vårdslöshet har medverkat till försäkringsfallet eller på förhand känt till de förhållanden som orsakat detta, eller
2. om vissa försiktighetsmått som är ägnade att förebygga eller begränsa skada inte har vidtagits.

Hvis der ved personforsikringer er afgivet urigtige risikooplysninger, er selskabet kun ansvarlig i det omfang, det ville have tegnet forsikringen med kendskab til de korrekte forhold, jf. 13 kap. 2 §. Dette gælder dog ikke, hvis det ville føre til et åbenbart urimeligt resultat for forsikringstageren.

[13 kap.] *Upplysningsplikten*

1 § Försäkringstagaren och den försäkrade är skyldiga att på bolagets begäran lämna upplysningar som kan ha betydelse för frågan om en försäkring skall meddelas eller förnyas. Vid sjuk- och olycksfallsförsäkring får bolaget också under försäkringstiden begära sådana upplysningar om den försäkrades ekonomiska förhållanden som är av betydelse för försäkringens utformning. Försäkringstagaren och den försäkrade skall ge riktiga och fullständiga svar på bolagets frågor.

2 § Har försäkringstagaren eller den försäkrade vid avtalets ingående förfarit svikligt eller i strid mot tro och heder, är bolaget fritt från ansvar för inträffade försäkringsfall.

Detsamma gäller om försäkringstagaren eller den försäkrade i något annat fall, uppsåtligen eller av oaktsamhet som inte är ringa, har lämnat oriktiga eller ofullständiga uppgifter och bolaget inte skulle ha meddelat försäkring om upplysningsplikten hade fullgjorts. Skulle bolaget ha meddelat försäkring mot högre premie eller i övrigt på andra villkor än som avtalats, är bolagets ansvar begränsat till vad som svarar mot den premie som har avtalats och de villkor i övrigt som bolaget skulle ha godtagit.

Bestämmelserna i andra stycket får inte tillämpas i den mån detta skulle leda till ett resultat som är uppenbart oskäligt mot försäkringstagaren eller hans rättsinnehavare.

3 § Om försäkringsbolaget under försäkringstiden får kännedom om att upplysningsplikten har åsidosatts på det sätt som sägs i 2 § första eller andra stycket, får bolaget säga upp försäkringen för upphörande eller ändring. Uppsägningen skall göras med tre månaders uppsägningstid, räknat från det att bolaget avsände uppsägningen.

Skulle bolaget, om upplysningsplikten hade fullgjorts, ha meddelat försäkring mot högre premie eller i övrigt på andra villkor än som avtalats, har försäkringstagaren rätt till fortsatt försäkring med det försäkringsbelopp som svarar mot den avtalade premien och på de villkor i

övrigt som bolaget skulle ha godtagit. Begäran om fortsatt försäkring skall framställas före uppsägningstidens utgång. Om försäkringstagaren eller den försäkrade har förfarit svikligt eller i strid mot tro och heder, saknar försäkringstagaren rätt till fortsatt försäkring.

I uppsägningen skall anges under vilka förutsättningar en försäkringstagare enligt andra stycket har rätt till fortsatt försäkring. Saknas denna uppgift, får uppsägningen ingen verkan. Om försäkringstagaren begär att få försäkringen ändrad, har bolaget rätt att få de nya upplysningar som bolaget behöver för sin bedömning.

4 § Försäkringsbolaget får inte åberopa att upplysningsplikten har åsidosatts, om bolaget, när det tog emot upplysningarna, insåg eller hade bort inse att de var oriktiga eller ofullständiga. Detsamme gäller om det förhållande som upplysningarna avsåg var utan betydelse för bolaget eller senare har upphört att ha betydelse.

Vid livsförsäkring för dödsfall får bolaget åberopa att upplysningsplikten har åsidosatts bara om dödsfallet har inträffat inom fem år från det att upplysningarna lämnades eller om bolaget har lämnat besked enligt 11 § [om at det vil påberåbe sig, at der er afgivet urigtige risikooplysninger] inom samma tid.

Första stycket första meningen och andra stycket gäller inte, om försäkringstagaren eller den försäkrade har förfarit svikligt eller i strid mot tro och heder.

13 kap. indeholder herudover generelle bestemmelser, som også gælder ved forsikringstagerens tilsidesættelse af oplysningspligten.

Gemensamma bestämmelser
...

11 § Vill försäkringsbolaget göra gällande att det i fall som avses i detta kapitel är helt eller delvis fritt från ansvar eller har rätt at säga upp en försäkring, skall bolaget ge försäkringstagaren skriftligt meddelande om detta. Meddelandet skall lämnas utan oskäligt dröjsmål från det att bolaget fick kännedom om det förhållande som medför att ansvarsfrihet eller uppsägningsrätt kan föreligga.

Meddelande enligt första stycket skall lämnas också till den försäkrade och till den som har fått försäkringen i pant eller är förmånstagare enligt ett oåterkalleligt förmånstagarförordnande, om hans rätt är känd för bolaget. Efter ett försäkringsfall skall ett meddelande lämnas till den som är förmånstagare, även om förordnandet inte varit oåterkalleligt.

Försummar bolaget att lämna ett meddelande enligt första eller andra stycket, får bolaget inte

åberopa förhållandet mot den som skulla ha fått meddelandet, om inte försäkringstagaren eller den försäkrade har förfarit svikligt eller i strid mot tro och heder.

12 § Reglerna i 1-4 §§ och 8-11 §§ tillämpas också på sådanna försäkringsvillkor som enligt sin lydelse begränsar försäkringens omfattning, när begränsningen beror av

1. om någon på den försäkrades sida uppsåtligen eller genom vårdslöshet har medverkat till försäkringsfallet eller på förhand känt till de förhållanden som orsakat detta, eller
2. om vissa försiktighetsmått som är ägnade att förebygga eller begränsa skada har underlåtits.

5.2.3. Finland

Efter den finske forsikringsaftalelov har forsikringstageren både pligt til at give korrekte oplysninger ved forsikringstegningen og til at korrigere de afgivne oplysninger, hvis det senere viser sig, at de ikke var korrekte, jf. 22 §.

22 § *(Forsäkringstagarens och den försäkrades upplysningsplikt)*

Försäkringstagaren och den försäkrade skall innan försäkringen meddelas ge korrekta och fullständiga svar på försäkringsgivarens frågor vilka kan vara av betydelse för bedömninggen av försäkringsgivarens ansvar. Försäkringstagaren och den försäkrade skall dessutom under försäkringsperioden utan obefogat dröjsmål rätta upplysningar som han gett försäkringsgivaren och därefter konstaterat vara oriktiga eller bristfälliga.

Forsikringsselskabet kan ikke påberåbe sig, at der er givet urigtige oplysninger, hvis forsikringstageren alene har udvist en ringe uagtsomhed, jf. 23-24 §§. Er der udvist svig, er forsikringsaftalen ikke bindende for selskabet.

I andre tilfælde end svig kan erstatningen ved skadesforsikringer nedsættes eller bortfalde, jf. 23 §.

23 § *(Försummelse av upplysningsplikten vid skadeförsäkring)*

Om försäkringstagaren eller den försäkrade när han i samband med skadeförsäkring uppfyllt sin i 22 § angivna plikt har förfarit svikligen, är försäkringsavtalet inte bindande för försäkringsgivaren. Försäkringsgivaren har rätt att behålla de betalda premierna också om försäkringen förfaller.

Om försäkringstagaren eller den försäkrade uppsåtligen eller av oaktsamhet som inte kan anses vara ringa har åsidosatt sin upplysningsplikt, kan ersättningen sänkas eller förvägras.

Forsikringsaftaleloven indeholder i 34 § en generel regel om vurderingen af, om erstatningen skal nedsættes, som også gælder, hvis der er afgivet urigtige oplysninger.

34 § *(Sänkning eller förvägrande av ersättning vid skadeförsäkring)*

Vid prövningen av om ersättningen från en skadeförsäkring skall sänkas eller förvägras på någon grund som stadgas i detta kapitel, skall det beaktas vilken betydelse den omständighet, som den av försäkringstagaren eller den försäkrade lämnade oriktaga eller bristfälliga uppgiften gällt, eller det faktum att det skett en sådan förändring i förhållandena som medför ökad risk för skada eller att den försäkrade eller en person som avses i 33 § har gjort eller underlåtit att göra något har haft för uppkomsten av skadan. Dessutom skall beaktas eventuellt uppsåt hos försäkringstagaren, den försäkrade eller en person som avses i 33 §, eller arten av hans oaktsamhet samt förhållandena i övrigt.

Er der afgivet urigtige risikooplysninger, kan forsikringsselskabet endvidere efter 15 § opsige en skadesforsikring, hvis selskabet slet ikke ville have tegnet forsikringen med kendskab til de korrekte forhold. Herudover kan selskabet efter 18 § ændre forsikringsbetingelserne, herunder præmiens størrelse. Der henvises til kapitel 17.2.3. ovenfor.

Ved personforsikringer er selskabet kun ansvarlig i det omfang, det ville have antaget forsikringen med kendskab til de korrekte forhold, jf. 24 §. Dette må dog ikke føre til resultater, der er åbenbart urimeligt for sikrede. I forarbejderne peges bl.a. på, at det vil kunne være åbenbart urimeligt, hvis et barn, som er begunstiget i en livsforsikring, efter forsikringstagerens død skal miste erstatningen som følge af urigtige oplysninger fra forsikringstagerens side.[19]

24 § *(Försummelse av upplysningsplikten vid personförsäkring)*

Om försäkringstagaren eller den försäkrade när han i samband med personförsäkring uppfyllt sin i 22 § angivna plikt har förfarit svikligen, är försäkringsavtalet inte bindande för försäkringsgivaren. Försäkringsgivaren har rätt at behålla de betalda premierna också om försäkringen förfaller.

Försäkringsgivaren är fri från ansvar, om försäkringstagaren eller den försäkrade uppsåtligen eller av oaktsamhet som inte kan anses vara ringa har åsidosatt sin upplysningsplikt och försäkringsgivaren inte över huvud taget skulle ha meddelat försäkring i det fall att han hade fått korrekta och fullständiga svar. Om försäkringsgivaren visserligen skulle ha meddelat försäkring men endast mot högre premie eller annars på andra villkor än de avtalade, begränsas försäkringsgivarens ansvar till vad som motsvarar den avtalade premien eller de villkor på

vilka försäkringen skulle ha meddelats.

Vad som stadgas i 1 och 2 mom. skall inte tillämpas, om resultatet bliver uppenbart oskäligt för försäkringstagaren eller någon annan som är berättigad till försäkringsersättning.

Er der afgivet urigtige risikooplysninger, kan forsikringsselskabet opsige forsikringen, hvis det slet ikke ville have tegnet den med kendskab til de korrekte forhold. Ville selskabet have tegnet forsikringen på andre vilkår, herunder en højere præmie, fortsætter forsikringen på disse vilkår, jf. 25 §.

25 § *(Uppsägning av personförsäkring på grund av oriktiga upplysningar samt fortsatt försäkring)*

Om försäkringsgivaren medan en personförsäkring är i kraft får vetskap om att upplysningsplikten har åsidosatts så som anges i 24 § 2 mom. och om försäkringsgivaren inte över huvud taget skulle ha meddelat försäkring i det fall at han hade fått korrekta och fullständiga upplysningar, får försäkringsgivaren säga upp försäkringen att upphöra en månad efter at meddelandet om uppsägningen har avsänts till försäkringstagaren. Om försäkringsgivaren skulle ha meddelat försäkring endast mot högre premie eller annars på andra villkor än de avtalade, fortsätter försäkringen med dessa premier och på dessa villkor.

Vad som stadgas i 1 mom. skall på motsvarande sätt tillämpas, om upplysningsplikten har åsidosatts så som anges i 24 § 1 mom. och om försäkringsavtalet trots det är bindande för försäkringsgivaren med stöd av den nämnda paragrafens 3 mom.

Försäkringsgivaren skall efter att ha fått kännedom om försäkringstagarens eller den försäkrades försummelse utan obefogat dröjsmål till försäkringstagaren sända ett meddelande om uppsägningen eller ändringen av premien eller villkoren. I annat fall förlorar försäkringsgivaren sin rätt att åberopa försummelsen av upplysningsplikten.

35 § indeholder endelig en regel om tilfælde, hvor selskabet ikke kan påberåbe sig, at der er afgivet urigtige risikooplysninger.

35 § *(Fall där oriktiga upplysningar eller riskökning saknar betydelse)*

Försäkringsgivaren får inte åberopa att upplysningsplikten har åsidosatts, om försäkringsgivaren eller en behörig representant för denne, när försäkringen meddelades, visste eller hade bort veta att upplysningarna var oriktiga eller bristfälliga. Vad som stadgas här skall inte tillämpas, om försäkringstagaren eller den försäkrade har förfarit svikligen och om försäkringsgivaren eller dennes representant inte visste att upplysningarna var oriktiga eller

bristfälliga.

Försäkringsgivaren får inte åberopa en försummelse av upplysningsplikten heller i det fall att den omständighet som en oriktig eller bristfällig upplysning gäller, vid den tidpunkt då avtalet ingicks inte hade betydelse för bedömningen av försäkringsgivarens ansvar eller om omständigheten därefter har förlorat sin betydelse.

Vid livförsäkring får försäkringsgivaren åberopa försummelse av upplysningsplikten endast om dödsfallet har inträffat innan fem år förflutit från ansvarets inträdande eller om försäkringsgivaren inom samma tid har sänt ett sådant meddelande som avses i 25 § 3 mom. [om, at selskabet vil påberåbe sig, at der er afgivet urigtige risikooplysninger]. Vad som stadgas här skall inte tillämpas i det fall att försäkringstagaren eller den försäkrade har förfarit svikligen.

Försäkringsgivaren får inte åberopa en ökning av risken, om ett förändrat förhållande har återgått till det tidigare eller om ökningen av risken inte annars längre har någon betydelse.

5.3. Udvalgets overvejelser

Forsikringsselskabets vurdering af, om det vil tegne en forsikring, afhænger i vidt omfang af de risikooplysninger, som selskabet modtager fra forsikringstageren. Det er væsentligt, at selskabet modtager så korrekte oplysninger som muligt dels for at selskabet kan beregne den korrekte præmie og fastsætte de korrekte vilkår for forsikringen, dels for at forsikringstageren/ sikrede undgår, at selskabet senere påberåber sig, at der er afgivet urigtige oplysninger med den virkning, at selskabet helt eller delvist bliver fri for ansvar.

Forsikringstagerens afgivelse af risikooplysninger har i praksis navnlig givet anledning til problemer på personforsikringsområdet, og det er blevet anført, at forsikringsselskabernes anvendelse af reglerne om urigtige risikooplysninger navnlig § 6 er alt for streng over for forsikringstagerne.[20]

Forsikring & Pension har på denne baggrund iværksat forskellige initiativer med henblik på at øge informationsniveauet om forsikringsselskabernes anvendelse af helbredsoplysninger og tydeliggøre, hvorfor selskaberne har brug for korrekte helbredsoplysninger. Hensigten hermed er navnlig at reducere antallet af sager, hvor forsikringstageren uforvarende afgiver ufuldstændige helbredsoplysninger.

I 1997 udsendte det daværende Rådet for Forsikring og Pension (nu Forsikring & Pension) således en medlemshenstilling vedrørende forsikringsselskabers og pensionskassers brug af helbredsoplysninger (Information 47/97, der er medtaget som bilag 4 til betænkningen). Det

anbefales heri bl.a., at selskaberne anvender en fælles kundevejledning om helbredsoplysninger, der bl.a. understreger vigtigheden af, at helbredserklæringen udfyldes med den fornødne omhu. Samtidig blev assurandørvejledningen om assurandørens rolle i forbindelse med udfyldelse af helbredserklæringer mv. udbygget.

Selskaberne blev endvidere opfordret til at overveje interne retningslinjer for, i hvilke tilfælde der rejses sager om afgivelse af urigtige risikooplysninger. Det blev herunder foreslået, at selskaberne ved vurderingen af, om de vil påberåbe sig, at der er afgivet urigtige risikooplysninger, inddrager, om der er årsagssammenhæng mellem en fortiet lidelse og den lidelse, der nu søges erstatning for, ligesom tidsforløbet mellem den fortiede lidelse, forsikringens tegning og skadestidspunktet kan indgå. Selskaberne blev også opfordret til at sikre sammenhæng mellem deres praksis ved indhentelse af oplysninger ved forsikringens tegning og ved anmeldelsen af en skade. Der peges på, at en relativt lempelig praksis ved tegningen er vanskelig at forene med en meget grundig gennemgang af oplysningerne ved skadesbehandlingen.

Spørgsmålet om, hvilke oplysninger selskaberne kan indhente ved forsikringstegningen, og hvordan dette i givet fald skal ske (f.eks. hvordan erklæringerne mv. skal udformes), er efter udvalgets opfattelse som udgangspunkt ikke egnet til en nærmere lovregulering i forsikringsaftaleloven. Udvalget bemærker, at forsikringsbranchen selv synes at være meget opmærksom på behovet for at følge udviklingen, således at der løbende kan foretages de fornødne ændringer, hvis brugen af erklæringerne giver problemer i praksis.

Udvalget vil i den forbindelse også pege på, at udformningen af de erklæringer mv., der anvendes ved forsikringstegningen, vil kunne indgå i vurderingen af, om forsikringstageren ved afgivelsen af urigtige risikooplysninger har handlet uagtsomt eller har afgivet oplysningerne i god tro. Det taler således i højere grad for at statuere uagtsomhed, hvis forsikringstageren har svaret urigtigt eller ufyldestgørende på et enkelt og præcist formuleret spørgsmål, end hvis der er tale om et bredt og måske upræcist formuleret spørgsmål.

Det er blevet anført, at forsikringsselskaberne i højere grad end i dag bør kontrollere forsikringstagerens risikooplysninger allerede på tidspunktet for forsikringstegningen, således at forsikringstageren ikke først på et senere tidspunkt når der er sket en skade mødes med en indsigelse om, at der er afgivet urigtige risikooplysninger. På udvalgets møde med forbrugerombudsmanden gav denne ligeledes udtryk herfor.

Heller ikke dette spørgsmål er efter udvalgets opfattelse som udgangspunkt egnet til lovregulering i forsikringsaftaleloven. Udvalget bemærker i øvrigt, at forsikringsselskaberne allerede i dag inden forsikringstegningen foretager en nærmere undersøgelse af forsikringstagerens forhold, hvis de modtagne risikooplysninger giver anledning hertil, f.eks. ved at stille supplerende spørgsmål til forsikringstageren om dennes helbred (i praksis ofte ved,

at der udsendes et mere detaljeret spørgeskema til forsikringstageren). Det gælder også, hvis der i forsikringsbegæringen mv. er noget, der tyder på, at der ikke er givet korrekte og fyldestgørende svar på de stillede spørgsmål. Undlader selskabet at undersøge de afgivne oplysninger nærmere, selv om det vidste eller burde vide, at der var afgivet urigtige oplysninger, vil selskabet kunne miste muligheden for senere at påberåbe sig, at der er afgivet urigtige oplysninger, jf. forsikringsaftalelovens § 9.

Efter det for udvalget oplyste angår de sager i praksis, hvor selskabet påberåber sig, at der afgivet urigtige risikooplysninger, da også normalt tilfælde, hvor selskabet ikke ud fra indholdet af forsikringsbegæringen mv. har haft anledning til at reagere og iværksætte en nærmere undersøgelse af de afgivne oplysninger. Det har med andre ord ikke umiddelbart været muligt at se af forsikringsbegæringen mv., at der har manglet oplysninger eller er givet urigtige oplysninger. Et krav om, at selskaberne ved alle forsikringsbegæringer skal foretage en nærmere kontrol af de afgivne risikooplysninger, må således antages at ville være ganske ressource- og omkostningskrævende for selskabet og vil dermed kunne føre til højere forsikringspræmier for alle forsikringstagere.

Med hensyn til den virksomhed, som udøves af Bedømmelsesforeningen, henvises til kapitel 16.3. nedenfor.

Det er væsentligt, at lovgivningen indeholder rimelige og anvendelige regler om retsvirkningerne af, at der er afgivet urigtige risikooplysninger.

Udvalget har i den forbindelse navnlig overvejet, om forsikringsaftalelovens § 6 fortsat bør indeholde en pro rata-regel, eller om der i stedet bør anvendes en kausalitetsregel, således at selskabet kun kan påberåbe sig, at der er afgivet urigtige risikooplysninger, hvis det forhold, hvorom der er afgivet urigtige oplysninger, har haft indflydelse på forsikringsbegivenhedens indtræden.

Som anført i forarbejderne til forsikringsaftaleloven må en ren kausalitetsregel hvis den overhovedet skal være anvendelig udformes sådan, at bevisbyrden for, at der ikke er forbindelse mellem de uoplyste forhold og forsikringsbegivenheden, pålægges forsikringstageren. Denne bevisbyrde vil i mange tilfælde bl.a. på livsforsikringsområdet formentlig være svær at løfte.

Hertil kommer, at den rene kausalitetsregel ikke vil være til fordel for alle forsikringstagere. Hvis der rent faktisk er forbindelse (kausalitet) mellem det uoplyste forhold og forsikringsbegivenheden, indebærer kausalitetsreglen, at erstatningen helt bortfalder, mens selskabet efter den gældende pro rata-regel i § 6 ikke nødvendigvis bliver fuldstændig fri for ansvar, jf. § 6, stk. 2. Det kan i den forbindelse nævnes, at der efter det for udvalget oplyste er årsagssammenhæng mellem det uoplyste forhold og forsikringsbegivenheden i omkring 80-85

pct. af de sager om forsikringsaftalelovens § 6, som behandles i forsikringsselskaberne,[21] ligesom Ankenævnet for Forsikring har oplyst, at der i nævnets sager næsten altid er årsagssammenhæng mellem den fortiede oplysning og den senere forsikringsbegivenhed.

Det er efter udvalgets opfattelse endvidere væsentligt, at reglerne om virkningerne af, at der er afgivet urigtige risikooplysninger, udformes på en sådan måde, at forsikringstageren opfordres til at give så korrekte oplysninger som muligt. Dette taler for en regel, hvor selskabet kun er ansvarlig i det omfang, det ville have tegnet forsikringen med kendskab til de korrekte forhold, dvs. en pro rata-regel. I modsat fald vil den forsikringstager, der har afgivet urigtige oplysninger, kunne blive stillet bedre end den omhyggelige forsikringstager, der ved forsikringstegningen afgav korrekte og fyldestgørende risikooplysninger, og som derfor enten slet ikke kunne få tegnet den ønskede forsikring eller kun få den tegnet på skærpede vilkår.

Udvalget finder på denne baggrund ikke grundlag for at foreslå forsikringsaftalelovens § 6 ændret til en hel eller delvis kausalitetsregel.

Udvalget finder det heller ikke hensigtsmæssigt i stedet at indføre en mere skønsmæssig adgang til at vurdere, om erstatningen skal nedsættes eller bortfalde som følge af, at der er afgivet urigtige risikooplysninger. Den gældende § 6 er indarbejdet i praksis, og en generel, friere skønsmæssig adgang til nedsættelse vil gøre det vanskeligere både for forsikringstageren og for selskabet på forhånd at vurdere konsekvenserne af, at der er afgivet urigtige risikooplysninger, ligesom en sådan regel må forventes at ville blive unødigt processkabende.

Udvalget har på denne baggrund ikke fundet anledning til at foreslå grundlæggende ændringer af § 6. Udvalget har heller ikke fundet, at der et praktisk behov for at foretage ændringer af de øvrige regler om afgivelse af urigtige risikooplysninger i forsikringsaftalelovens §§ 4-10.

Der opstår imidlertid i praksis undertiden sager, hvor en håndfast anvendelse af reglen i § 6 vil kunne føre til stødende og urimelige resultater. Den ovenfor omtalte medlemshenstilling fra Forsikring & Pension kan ses som en erkendelse heraf, og som nævnt opfordres selskaberne i henstillingen bl.a. til at inddrage forholdene ved forsikringstegningen og den forløbne tid ved vurderingen af, om de vil påberåbe sig, at der er afgivet urigtige risikooplysninger. Udvalget finder det imidlertid rigtigst, at der i forsikringsaftaleloven indsættes en lempelsesregel, der i særlige tilfælde giver mulighed for helt eller delvist at se bort fra, at der ved forsikringens tegning er afgivet urigtige risikooplysninger, selv om betingelserne for bortfald eller nedsættelse efter § 6 for så vidt er opfyldt. På den måde vil det i endnu højere grad end i dag kunne undgås, at anvendelsen af § 6 i enkeltstående tilfælde fører til urimelige og stødende resultater.

En sådan regel bør efter udvalgets opfattelse begrænses til at gælde for forbrugerforsikringer samt for øvrige livs-, ulykkes- eller sygeforsikringer og andre personforsikringer.

Udvalget er opmærksom på, at en sådan regel vil kunne indebære, at den pågældende forsikringstager vil blive stillet bedre end den, som ved forsikringens tegning afgav korrekte risikooplysninger, jf. ovenfor. Dette forhold taler dog efter udvalgets opfattelse ikke afgørende imod indførelsen af en lempelsesregel med et begrænset anvendelsesområde.

Udvalget foreslår, at lempelsesreglen kun skal anvendes, hvis særlige omstændigheder taler for, at selskabet skal hæfte helt eller delvist, selv om der er afgivet urigtige risikooplysninger. Ved vurderingen heraf bør der navnlig lægges vægt på, om der er forbindelse (årsagssammenhæng) mellem det uoplyste forhold og den senere forsikringsbegivenhed, og på hvor lang tid der er gået fra forsikringens tegning (og dermed afgivelsen af de urigtige oplysninger) til forsikringsbegivenhedens indtræden. Der bør endvidere lægges vægt på graden af den uagtsomhed, som forsikringstageren har udvist i forbindelse med afgivelsen af de urigtige oplysninger. Det bør således i almindelighed være en forudsætning for at anvende den foreslåede regel, at forsikringstageren ved afgivelsen af de urigtige oplysninger alene har udvist en ringe uagtsomhed at han eller hun uforvarende har afgivet urigtige oplysninger.

Der henvises til kapitel 23 nedenfor, der indeholder udvalgets lovudkast med bemærkninger (lovudkastets § 1, nr. 4-5).

---

1. Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 57 ff., og Preben Lyngsø: Dansk Forsikringsret, side 106 f.

2. Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 55 f og side 58 f., og Preben Lyngsø: Forsikringsaftaleloven med kommentarer (4. udgave, 1992), side 70 f. Se også UfR 2002.1777 H.

3. Kommissionsudkastet, side 32.

4. Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 171, og Preben Lyngsø: Dansk Forsikringsret, side 112 f.

5. Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 172, antager, at forsikringsaftalen bortfalder ved enhver svig, som har betydning for selskabet, mens Preben Lyngsø: Dansk Forsikringsret, side 113 f., argumenterer for, at det må være tilstrækkeligt, at selskabet stilles, som om der er afgivet rigtige risikooplysninger.

6. Erstatningsberegningen, herunder ved partielle skader, er behandlet nærmere bl.a. i Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 179 ff., og Preben Lyngsø: Dansk Forsikringsret, side 117 ff.

7. Kommissionsudkastet, side 35.

8. Kommissionsudkastet, side 35 f.

9. Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 182 f., og Preben Lyngsø: Dansk Forsikringsret, side 124 ff.

10. Kommissionsudkastet, side 33.

11. Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 183 f., og Preben Lyngsø: Dansk Forsikringsret, side 134 f.

12. Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 185, og Forsikringsaftaleloven med kommentarer (2000), side 64 f.

13. Refereret i Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 185.

14. Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 182 f.

15. Folketingstidende 1996-97, tillæg A, side 3476.

16. NOU 1983:56, side 88, og NOU 1987:24, side 94 f.

17. NOU 2000:23 om forsikringsselskapers innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger.

18. SOU 1977:84, side 227 f.

19. Proposition 1993 rd RP 114, side 40.

20. Se f.eks. Thomas Kirkbak i JUR 1995.323, Anker Laden-Andersen i Lov & Ret 7/1999.27 og 3/2000.18 samt Claus Tønnesen i JUR 1995.411 og Lov & Ret 3/2000.16.

21. Se f.eks. Ivan Sørensens Udredning om bedre forbrugerbeskyttelse ved private forsikringer i Danmark (2001), side 33.

Kapitel 6. Præmiebetaling

6.1. Gældende ret

Forsikringsaftalelovens § 12 fastlægger forfaldstiden for præmien: Første præmie forfalder, så snart aftalen er sluttet, mens senere præmier forfalder den første dag, en ny forsikringsperiode begynder. Reglen kan dog fraviges i forsikringsaftalen og bliver det normalt, f.eks. således at forsikringstageren kan vælge kvartalsvis, halvårlig eller helårlig betaling af præmien.[1]

Reglerne om forsikringstagerens manglende betaling af præmie findes i forsikringsaftalelovens §§ 13-15. § 13 angiver retsvirkningerne for *forsikringsaftalen*, mens § 14 angiver retsvirkningerne for forsikringsselskabets ansvar, dvs. *forsikringsdækningen*. § 15 indeholder en regel om forsikringsaftalens ophør uden opsigelse.

Forsikringsselskabet kan efter §§ 13-15 påberåbe sig manglende betaling af præmien, uanset om den manglende betaling beror på undskyldelige forhold hos forsikringstageren.

6.1.1. Opsigelse af forsikringen

Efter § 13, stk. 1, kan forsikringsselskabet opsige forsikringen ved for sen betaling af præmien.

§ 13. Betales første præmie ikke i rette tid, kan selskabet opsige forsikringen med den virkning, at aftalen helt bortfalder, såfremt præmien ikke betales inden 3 dage. Det samme gælder, hvis en senere præmie ikke betales inden en uge efter, at selskabet har rettet påkrav derom til forsikringstageren. Sådant påkrav må dog tidligst finde sted en uge før forfaldsdagen.

§ 13, stk. 2, indeholder en regel om, at fristerne mv. i stk. 1 kan forlænges, hvis forsikringstageren bor i Grønland.

Som det fremgår af § 13, stk. 1, må der skelnes mellem for sen betaling af den første præmie og af senere præmier.

Hvis forfaldsdagen for den *første præmie* er forløbet, uden at præmien er betalt, kan forsikringsselskabet opsige forsikringsaftalen med en frist på tre dage. Når opsigelsen er modtaget, har forsikringstageren således tre dage til at betale præmien, hvis han eller hun vil undgå, at forsikringsaftalen ophører.

Hvis forfaldsdagen for en *senere præmie* er forløbet, uden at præmien er betalt, kan forsikringsselskabet først opsige forsikringen, efter at der afgivet et påkrav om præmiebetaling. Der stilles ingen formkrav til påkravet, som derfor også kan fremsættes mundtligt. Hvis præmien ikke er betalt inden en uge fra påkravets modtagelse, kan selskabet opsige forsikringsaftalen med den nævnte frist på tre dage.

Hvis der er tale om en bygningsbrandforsikring, kan selskabet ikke opsige forsikringen på grund af præmierestance, jf. lov om forsikringsvirksomhed § 208, stk. 1. Selskabet har i stedet udpantningsret for præmier mv., jf. § 210.

Reglerne i forsikringsaftalelovens § 13, stk. 1, 2. og 3. pkt., om opsigelse ved manglende betaling af en senere præmie, gælder endvidere ikke ved livsforsikringer, jf. § 17. Forsikringstageren har i disse tilfælde ikke pligt til at betale senere præmier, jf. § 98, og forsikringen vil i stedet kunne omskrives til en fripolice (præmiefri forsikring), eller tilbagekøbsværdien kan kræves udbetalt.

6.1.2. Ophør af forsikringsdækningen

Efter § 14, stk. 1, kan forsikringstagerens manglende præmiebetaling i sig selv, dvs. uden at opsigelse er nødvendig, medføre, at forsikringsselskabets ansvar og dermed forsikringsdækningen ophører.

§ 14. Betales første præmie ikke efter påkrav, der tidligst må foretages på forfaldsdagen, ophører selskabets ansvar. Det samme gælder, hvis en senere præmie ikke betales inden en uge efter påkrav, der tidligst må foretages en uge før forfaldsdagen.

Er der tale om den *første præmie*, skal forsikringstageren efter reglen betale efter påkrav , dvs. at der ikke er nogen betalingsfrist. Er der tale om en *senere præmie*, har forsikringstageren en betalingsfrist på en uge efter påkrav. Som anført ovenfor i kapitel 6.1.1. gælder der ingen formkrav til påkravet.

Sædvanligvis fraviges § 14, stk. 1, i forsikringsbetingelserne, således at forsikringstageren

bliver bedre stillet end efter forsikringsaftaleloven.[2]

En typisk forbrugerforsikring som Familiens Basisforsikring indeholder f.eks. følgende vilkår:

Påkrav om betaling sendes til den opgivne betalingsadresse. Ændres betalingsadressen, skal selskabet straks underrettes. Betales præmien ikke, sender selskabet en påmindelse om betaling af præmien. Påmindelsen fremsendes tidligst 14 dage efter forfaldsdagen. Denne påmindelse indeholder oplysning om, at forsikringens dækning ophører, hvis præmien ikke er blevet betalt senest 14 dage efter afsendelsen af påmindelsen. Hvis selskabet har udsendt en sådan påmindelse, er det berettiget til at opkræve et ekspeditionsgebyr.

Forsikring & Pension har endvidere udtalt, at det må anses for usædvanligt og i strid med god forsikringsskik, hvis forsikringsbetingelserne ikke indeholder bestemmelser om, at der ved manglende præmiebetaling sendes forsikringstageren en påmindelse med indrømmelse af yderligere betalingsfrist.[3]

De ovenfor citerede forsikringsbetingelser indebærer, at forsikringstageren to gange bliver mindet om betaling af præmien, ligesom han eller hun får en betalingsfrist på mindst 2 gange 14 dage. Der stilles samtidig krav om, at det i påmindelsen om manglende betaling udtrykkeligt er anført, at forsikringsdækningen ophører, hvis præmien ikke betales. Hvis forsikringsselskabet ikke overholder disse betingelser i forsikringsaftalen, indtræder retsvirkningerne af manglende præmiebetaling ikke.[4]

Forsikringsaftalelovens § 14, stk. 1, gælder ikke ved bygningsbrandforsikring, jf. lov om forsikringsvirksomhed § 208, stk. 1.

Sondringen mellem ophør af forsikrings*aftalen* (§ 13) og forsikrings*dækningen* (§ 14) er i forarbejderne begrundet i et ønske om at tilgodese forsikringsselskabets interesse i ret hurtigt at kunne slippe for ansvar for skader, som det intet vederlag har fået for, og samtidig tilgodese parternes interesse i at opretholde forsikringsaftalen som sådan.[5]

Betydningen af sondringen viser sig bl.a. ved forsikringsaftalelovens § 14, stk. 4, hvorefter forsikringstageren så længe aftalen ikke er helt bortfaldet kan bringe selskabets ansvar til at løbe på ny ved at betale den manglende præmie. Ansvaret løber i så fald fra selskabets modtagelse af præmien.

6.1.3. Forsikringsaftalens ophør uden opsigelse

Uanset om forsikringsselskabet opsiger forsikringsaftalen på grund af manglende

præmiebetaling, ophører forsikringsaftalen efter 3 måneder, jf. forsikringsaftalelovens § 15.

§ 15. Når der efter sket påkrav er forløbet 3 måneder, uden at præmien er betalt, ophører aftalen uden opsigelse, medmindre selskabet har påbegyndt retsforfølgning for at indtale præmien. Fra sådan retsforfølgnings begyndelse genindtræder selskabets ansvar. Opgiver selskabet retsforfølgningen eller fører den ikke til fyldestgørelse, bortfalder selskabets ansvar på ny, og den i 1ste punktum nævnte påtalefrist betragtes som ikke afbrudt.

Når aftalen er bortfaldet i medfør af § 15, kan forsikringstageren ikke bringe forsikringsdækningen til at løbe igen i medfør af § 14, stk. 4, blot ved at betale den manglende præmie. Der må i stedet indsendes en ny forsikringsbegæring.

§ 14, stk. 1, og vilkår i forsikringsbetingelserne om manglende forsikringsdækning, hvis præmien ikke er betalt, vil normalt føre til, at der ikke er forsikringsdækning i en væsentlig del af 3-måneders perioden efter § 15. Selv om selskabet således ikke hæfter for skader, der indtræder i 3-måneders perioden, har selskabet krav på præmie for denne periode, jf. § 16, stk. 1.[6]

Hvis selskabet inden 3-måneders fristens udløb indleder retsforfølgning for at få præmien betalt, indtræder selskabets ansvar (forsikringsdækningen) på ny. Hvis retsforfølgningen opgives, eller selskabet ikke opnår fuld dækning, bortfalder selskabets ansvar imidlertid fra udløbet af 3-måneders fristen.

6.2. Reglerne i de andre nordiske lande

6.2.1. Norge

Efter den norske forsikringsaftalelovs § 5-1 (skadesforsikring) og § 14-1 (personforsikring), der er enslydende, forfalder forsikringspræmien som hovedregel ved påkrav, og betalingsfristen skal være mindst en måned fra den dag, forsikringsselskabet har sendt påkravet.

§ 5-1. *(forfallstid, første premievarsel)*

Dersom premiebetaling ikke er et vilkår for at selskapets ansvar skal begynne å løpe, forfaller premien ved påkrav i samsvar med forsikringsavtalen. Betalingsfristen skal være minst en måned fra den dag selskapet har sendt premievarsel til forsikringstakeren. Har selskapets ansvar begynt å løpe, fortsetter det å løpe selv om betaling ikke skjer innen fristen.

Selv om præmien ikke betales til tiden, er forsikringsselskabet fortsat ansvarlig, medmindre det

har forbeholdt sig, at dækningen først begynder at løbe, når præmien er betalt (kontantforbehold).

Forsikringsselskabet må for at frigøre sig fra ansvaret sende et nyt påkrav til forsikringstageren med en betalingsfrist på mindst 14 dage. Påkravet skal angive, at forsikringen/dækningen ophører, hvis præmien ikke betales inden den angivne frist, jf. § 5-2 og § 14-2.

§ 5-2. *(forsinket premiebetaling, senere premievarsler)*

Dersom premien ikke er betalt ved utløpet av betalingsfristen etter § 5-1, og selskapets ansvar løper, må selskapet for å bli fri for ansvar sende et nytt premievarsel med minst 14 dagers betalingsfrist fra avsendelsen. Varslet skal klart angi at forsikringen opphører dersom premien ikke blir betalt innen den oppgitte fristen.

Godtgjøres det at forsikringstakeren ikke har kunnet betale før fristens utløp på grunn av uforutsette hindringer som ikke kan bebreides forsikringstakeren, løper selskapets ansvar i inntil tre måneder etter utløpet av fristen.

Betales premien i andre tilfeller enn nevnt i annet ledd etter utløpet av fristen i første ledd, anses betalingen som en anmodning om en ny forsikring. § 3-1 tredje ledd [hvorefter selskabet hæfter fra modtagelsen af forsikringsbegæringen, hvis det er givet, at begæringen uden videre vil blive imødekommet] gjelder tilsvarende, likevel slik at selskapet først svarer fra dagen etter at premien er betalt.
...

§ 14-2. *(forsinket premiebetaling, senere premievarsler)*

Dersom premien ikke er betalt ved utløpet av betalingsfristen etter § 14-1, og selskapets ansvar løper, må selskapet for å bli fri for ansvar sende et nytt premievarsel med minst 14 dagers betalingsfrist fra avsendelsen. Varslet skal klart angi at ansvaret opphører dersom premien ikke blir betalt innen den oppgitte fristen.

Godtgjøres det at forsikringstakeren ikke har kunnet betale før fristens utløp på grunn av uforutsette hindringer som ikke kan bebreides forsikringstakeren, løper selskapets ansvar i inntil tre måneder etter fristens utløp.

Betales premien i ulykkes- og sykeforsikring i andre tilfeller enn nevnt i annet ledd etter utløpet av fristen i første led, anses betalingen som en anmodning om en ny forsikring. § 12-2 tredje ledd [en lignende regel som § 3-1 nævnt ovenfor] gjelder tilsvarende, likevel slik at selskapet først svarer fra dagen etter at premien er betalt.

Efter § 5-2 ophører forsikringen, mens det efter § 14-2 er ansvaret, der ophører, dvs. at forsikringsaftalen for så vidt fortsat består. Baggrunden for denne forskel er, at forsikringstageren efter § 14-3 ved at indbetale den manglende præmie inden 6 måneder kan sætte en livsforsikring i kraft igen uden at skulle afgive nye helbredsoplysninger.

§ 14-3. *(gjenopptakelse av livsforsikring uten nye helseopplysninger)*

Har selskapets ansvar i livsforsikring opphørt å løpe etter at det er betalt premie for minst ett år, kan forsikringen settes i kraft igjen uten nye helseopplysninger dersom forfalte premier blir betalt innen seks måneder etter utløpet av den frist som er nevnt i § 14-2 første ledd. Dersom forsikringens gjenkjøpsverdi er utbetalt, må også gjenkjøpsverdien betales tilbake til selskapet innen samme frist, jf likevel § 12-8 første ledd [om retten til at fortsætte en livsforsikring efter, at genkøbsværdien er udbetalt]. Selskapet kan kreve lovlig forsinkelsesrente av beløpene. Blir forsikringen gjenopptatt, løper selskapets ansvar fra dagen etter at beløpet er betalt.

Som det fremgår af § 5-2 og § 14-2, har forsikringstageren en yderligere betalingsfrist på indtil tre måneder, hvis han eller hun kan godtgøre, at den manglende præmiebetaling var undskyldelig. Dette forudsætter dog, at der er tale om uforudsete hindringer, der ikke kan bebrejdes forsikringstageren, hvilket f.eks. kan være uforudset sygdom eller forsinkelser i forbindelse med udlandsophold, mens forsikringstageren i almindelighed ikke vil kunne påberåbe sig pengemangel.[7] Hindringen skal endvidere være opstået, inden udløbet af påkravsfristen på mindst 14 dage, og præmien skal betales, så snart betalingshindringen er ophørt (inntil tre måneder).

Betales præmien for en skadesforsikring eller en ulykkes- og sygeforsikring i øvrigt efter udløbet af påkravsfristen på mindst 14 dage, anses betalingen for en ny forsikringsbegæring, jf. § 5-2 og § 14-2. Modsat reglen i § 14-3 om livsforsikringer kan forsikringsselskabet således her kræve nye helbredsoplysninger og kan fastsatte nye vilkår for forsikringen.

Selv om en skadesforsikring ophører på grund af manglende præmiebetaling, kan forsikringsselskabet dog kun gøre dette gældende over for panthavere mfl., hvis de har fået et særskilt varsel herom med en frist på mindst en måned, jf. § 7-4. For livsforsikringer findes en tilsvarende regel i § 14-4, hvorefter en registreret panthaver skal varsles, mens forsikringstagerens ægtefælle, den forsikrede og en begunstiget kan kræve at få et sådant varsel.

6.2.2. Sverige

Efter den svenske forsikringsaftalelovs 12 § skal præmien som udgangspunkt betales straks.

12 § Är ej tid utsatt för premiens gäldande, skall den erläggas utan uppskov.

Angår avtalet flera premieperioder, skall premie för varje senare period erläggas å periodens första dag. Lag samma vare, där i följd av underlåten uppsägning avtalet kommit att gälla för flera perioder än det från början omfattade.

Betales præmien ikke i rette tid, kan forsikringsaftalen opsiges med et varsel på 3 dage, jf. 13 §.

13 § Erlägges ej premien i rätt tid, stånde försäkringsgivaren fritt att uppsäga avtalet till upphörande efter tre dagar. Förbehåll om kortare uppsägningstid må ej av försäkringsgivaren åberopas.

Efter 14 § kan forsikringsselskabet kun påberåbe sig vilkår i forsikringsbetingelserne om, at forsikringsdækningen ophører ved manglende præmiebetaling, når der er gået en uge efter, at forsikringstageren er blevet mindet om præmiens betaling.

14 § Förbehåll, varigenom inträdet av försäkringsgivarens ansvarighet gjorts beroende av premies betalning eller försäkringsbrevs utlämnande, må ej åberopas, med mindre dröjsmål med premiens erläggande ägt rum.

Har förbehåll träffats, att underlåtenhet att erlägga premie för en senare period skall medföra upphörande av försäkringsgivarens ansvarighet, må sådan påföljd dock ej inträda, innan en vecka förflutit efter det försäkringsgivaren givit försäkringstagaren meddelande med erinran om premiens förfallodag. Vad sålunda stadgats äge ej tillämpning å premie, som förfaller innan två månader förflutit från det föregående premie skolat betalas.

Hvis forsikringsselskabet som følge af manglende præmiebetaling er fri for ansvar, skal selskabet for at fastholde sit krav på præmien inden tre måneder anlægge retssag herom, jf. 15 §.

15 § Vill försäkringsgivare, som till följd av försäkringstagarens underlåtenhet att erlägga premie är jämlikt förbehåll i avtalet fri från ansvarighet, anhängiggöra talan för premiens utkrävande, skall det ske inom tre månader från förfallodagen, med mindre avtalet dessförinnan upphört att gälla. Underlåtes det, have han förlorat sin talan. Förbehåll, som strider mot vad nu är sagt, må ej av försäkringsgivaren åberopas.

Efter konsumentförsäkringslagens 21-23 §§ skal præmien som udgangspunkt først betales, når forsikringsselskabet har sendt påkrav herom.

21 § Första premie för en försäkring skall betalas inom fjorton dagar efter den dag då

försäkringsbolaget avsände ett skriftligt meddelande till försäkringstagaren med krav på premien.

Första stycket gäller ej, om försäkringen skall tecknas genom att försäkringstagaren betalar premien eller om försäkringen i annat fall är giltig endast under förutsättning att premien betalas innan försäkringstiden börjar.

22 § Premien för en förnyad försäkring skall betalas senast den dag då den nya försäkringstiden börjar. Premien behöver dock inte betalas tidigare än en månad efter det att försäkringsbolaget har avsänt ett skriftligt meddelande till försäkringstagaren om betalningen.

23 § Har flera premieperioder avtalats, skall premien för varje period efter den första betalas senast på periodens första dag. Premie som avser längre tid än en månad behöver dock inte betalas tidigare än en månad efter det att försäkringsbolaget har avsänt ett skriftligt meddelande till försäkringstagaren om betalningen.

Hvis præmien betales for sent, kan selskabet opsige forsikringen, således at den ophører 14 dage efter, at en skriftlig opsigelse er sendt til forsikringstageren. Forsikringstageren skal udtrykkeligt gøres opmærksom på, at forsikringen kun ophører, hvis præmien ikke betales inden udløbet af opsigelsesfristen.

25 § Vid dröjsmål med betalningen av premien får försäkringsbolaget säga upp försäkringen att upphöra fjorton dagar efter den dag då ett skriftligt meddelande avsändes till försäkringstagaren om uppsägningen. Gör försäkringstagaren sannolikt att detta meddelande har försenats eller inte kommit fram på grund av omständigheter som han inte har kunnat råda över, upphör dock försäkringen tidigast en vecka efter den dag då meddelandet kom honom till handa och senast tre månader efter den dag då försäkringsbolaget avsände meddelandet till honom.

Försäkringen upphör ej, om premien betalas innan den tid som anges i första stycket har löpt ut. Försäkringstagaren skall erinras om detta i meddelandet om uppsägningen.

Försäkringen upphör ej heller enligt första stycket om försäkringstagaren inte har kunnat betala premien i rätt tid därför att han har blivit svårt sjuk eller berövats friheten eller därför att han inte har fått ut pension eller intjänad lön från sin huvudsakliga anställning. Detsamma gäller om någon annan liknande oväntad händelse har hindrat försäkringstagaren att betala premien i rätt tid. När hindret faller bort skall försäkringstagaren omedelbart betala premien. Gör han inte det, upphör försäkringen. Om dröjsmålet har varat i tre månader, upphör försäkringen även om hindret finns kvar.

Som det fremgår af reglen, ophører forsikringen dog ikke, hvis den manglende betaling af præmien skyldes visse uventede begivenheder, f.eks. sygdom eller manglende indtægter. Det er dog en forudsætning, at præmien betales umiddelbart efter betalingshindringens ophør. Forsikringens ophør kan endvidere ikke udskydes i mere end 3 måneder, uanset om betalingshindringen fortsat er til stede.

Betales præmien efter udløbet af 3-måneders fristen, anses betalingen for en begæring om en ny forsikring. Forsikringen anses for tegnet i overensstemmelse hermed, medmindre selskabet inden 14 dage efter præmiens betaling meddeler, at det ikke vil tegne forsikringen, jf. § 26 §.

26 § Betalar försäkringstagaren premien efter det att försäkringen har upphört enligt 25 §, skall han därigenom anses ha begärt en ny försäkring från och med dagen efter den då premien betalades. Vill försäkringsbolaget inte meddela försäkring enligt försäkringstagarens begäran, skall en skriftlig underrättelse om detta avsändas till försäkringstagaren inom fjorton dagar från den dag då premien betalades. Annars anses en ny försäkring ha tecknats i enlighet med försäkringstagarens begäran.

Det seneste udkast til en ny svensk forsikringsaftalelov indeholder regler om præmiebetaling, der stort set svarer til de gældende regler i konsumentförsäkringslagen.

Den første præmie skal som hovedregel betales 14 dage efter, at forsikringsselskabet har krævet betaling. En senere præmie skal betales senest på den nye forsikringsperiodes første dag. Hvis en senere præmie skal dække en periode på mere end en måned, skal præmien dog tidligst betales en måned efter, at forsikringsselskabet har krævet betaling, jf. 5 kap. 1 § (skadesforsikring) og 14 kap. 1 § (personforsikring).

Hvis præmien ikke betales til tiden, kan forsikringsselskabet opsige forsikringen. Opsigelsen får virkning 14 dage efter afsendelsen af opsigelsen, medmindre præmien betales forinden. Opsigelsen skal indeholde en oplysning herom, jf. 5 kap. 2 § (skadesforsikring) og 14 kap. 2 § (personforsikring).

[5 kap.] *Premiedröjsmål*

2 § Betalas inte premien i rätt tid, får försäkringsbolaget säga upp försäkringen. Uppsägningen skall sändas till försäkringstagaren.

Uppsägningen får verkan fjorton dagar efter den dag då den avsändes, om inte premien betalas inom denna frist. Uppsägningen skall innehålla en uppgift om detta. Saknas denna uppgift, får uppsägningen ingen verkan.

Om försäkringstagaren vid konsumentförsäkring inte har kunnat betala premien inom den i andra stycket angivna fristen därför att ett plötsligt hinder uppkommit i hans verksamhet eller han har blivit svårt sjuk eller berövats friheten, därför att han inte har fått ut pension eller intjänad lön från sin huvudsakliga anställning eller därför att något liknande oväntat hinder har inträffat, får uppsägningen verkan tidigast en vecka efter det att hindret har fallit bort, dock senast tre månader efter fristens utgång.
...

[14 kap.] *Uppsägning på grund av dröjsmål med premien*

2 § Betalas inte premien i rätt tid, får försäkringsbolaget säga upp försäkringen för upphörande eller begränsning av ansvaret enligt vad villkoren närmare föreskriver. Uppsägningen skall sändas till försäkringstagaren.
Uppsägningen får verkan fjorton dagar efter den dag då den avsändes, om inte premien betalas inom denna frist. Uppsägningen skall innehålla uppgift om detta och om möjligheten att få försäkringen återupplivad enligt 3 §. Saknas någon av dessa uppgifter, får uppsägningen ingen verkan.

Om försäkringstagaren inte har kunnat betala premien inom den i andra stycket angivna fristen därför att han har blivit svårt sjuk eller berövats friheten, därför att han inte har fått ut pension eller intjänad lön från sin huvudsakliga anställning eller därför att något liknande oväntat hinder har inträffat, får uppsägningen verkan tidigast en vecka efter det att hindret har fallit bort, dock senast tre månader efter fristens utgång.

Efter 5 kap. 2 §, stk. 3, og 14 kap. 2 §, stk. 3, ophører forsikringen ikke uden videre efter opsigelsesfristens udløb, hvis den manglende præmiebetaling må anses for undskyldelig (ved skadesforsikringer gælder dette dog kun ved forbrugerforsikringer). I disse tilfælde får opsigelsen i stedet tidligst virkning en uge efter, at betalingshindringen er faldet bort, dog senest tre måneder efter udløbet af opsigelsesfristen på 14 dage.

Betales den manglende præmie ved en skadesforsikring først efter udløbet af opsigelsesfristen, dvs. efter at forsikringen er ophørt, anses betalingen for en begæring om en ny forsikring, jf. 5 kap. 3 §.

3 § Betalar försäkringstagaren en premie efter det att försäkringen har upphört enligt 2 §, skall han därigenom anses ha begärt en ny försäkring från och med dagen efter den då premien betalades. Vill försäkringsbolaget inte meddela försäkring enligt försäkringstagarens begäran, skall en underrättelse om detta avsändes till försäkringstagaren inom fjorton dagar från den dag då premien betalades. Annars anses en ny försäkring ha tecknats i enlighet med försäkringstagarens begäran.

Ved en personforsikring kan forsikringstageren bringe forsikringen til at løbe igen, hvis han eller hun inden 6 måneder efter udløbet af opsigelsesfristen på 14 dage betaler den manglende præmie, jf. 14 kap. 3 §. Opsigelsen skal indeholde oplysning herom, jf. 14 kap. 2 § gengivet ovenfor.

Återupplivning

3 § Har en uppsägning enligt 2 § fått verkan och avser dröjsmålet inte första premien för försäkringen, återupplivas försäkringen till sin tidigare omfattning, om utestående premiebelopp betalas inom sex månader från utgången av den frist som anges i 2 § andra stycket.

En försäkring, som har ändrats till premiefri försäkring (fribrev) utan att en uppsägning enligt 2 § dessförinnan har fått verkan, återupplivas till sin tidigare omfattning, om försäkringstagaren inom sex månadar från den dag då bolaget avsände ett meddelande om fribrevet til honom betalar det premiebelopp som skulle ha betalats, om försäkringen inte hade ändrats. Meddelandet skall innehålla en uppgift om rätten att få försäkringen återupplivad.

Återupplivas försäkringen, ansvarar bolaget från och med dagen efter den då premiebeloppet betalas.

Ved personforsikring skal forsikringsselskabet efter begæring sende en opsigelse efter 14 kap. 2 § også til den forsikrede, panthavere mfl., jf. 14 kap. 4 §.

6.2.3. Finland

Efter den finske forsikringsaftalelovs 38 § skal forsikringspræmien som hovedregel betales en måned efter, at forsikringsselskabet har sendt indbetalingskort til forsikringstageren.

38 § *(Premiebetalning)*

Premien skall betalas inom en månad efter att försäkringsgivaren har sänt ett inbetalningskort till försäkringstagaren. Den första premien behöver dock inte betalas förrän försäkringsgivarens ansvar har inträtt, om inte betalning av premien enligt försäkringsvillkoren är en förutsättning för att försäkringsgivarens ansvar skall inträda. De följande premierna behöver inte betalas före den avtalade premieperiodens eller försäkringsperiodens början.

Om försäkringstagarens betalning inte täkcer en och samma försäkringsgivares alla premiefordringar, har försäkringstagaren rätt att bestämma vilka premiefordringar som skall avkortas med det belopp som han betalar.

Efter lovens 39 § kan forsikringsselskabet ved for sen betaling af præmien opsige forsikringen med et varsel på 14 dage, således at forsikringen ophører, hvis den manglende præmien ikke betales inden opsigelsesfristens udløb. 39 § indeholder endvidere en regel om, at opsigelsen ikke uden videre får virkning, hvis den manglende præmiebetaling er undskyldelig.

39 § *(Dröjsmål med premien)*

Om försäkringstagaren har försummat att betala premien inom den tid som stadgas i 38 §, har försäkringsgivaren rätt att säga upp försäkringen att upphöra 14 dagar efter att uppsägningsmeddelandet avsändes. Försummad premiebetalning berättigar emellertid inte till uppsägning av en sådan fortlöpande skadeförsäkring som avses i 40 § 1 mom.

Om försäkringstagaren betalar premien före uppsägningstidens slut, upphör försäkringen likväl inte när uppsägningstiden löper ut. Försäkringsgivaren skall nämna denna möjlighet i uppsägningsmeddelandet. I fråga om personförsäkring skall i uppsägningsmeddelandet dessutom nämnas försäkringstagarens rätt att enligt 43 § återuppliva försäkringen.

Om försummelsen att betala premien har berott på att försäkringstagaren råkat i betalningssvårigheter på grund av sjukdom, arbetslöshet eller av någon annan särskild orsak, huvudsakligen utan egen förskyllan, upphör försäkringen trots uppsägningen först 14 dagar efter att hindret bortfallit. Försäkringen upphör dock senast tre månader efter den i 1 mom. stadgade uppsägningstidens utgång. I uppsägningsmeddelandet skall nämnas också den i detta moment stadgade möjligheten att försäkringen fortsättes att gälla en viss tid.

Om någon av de uppgifter som stadgas i 2 eller 3 mom. saknas i uppsägningsmeddelandet, är uppsägningen ogiltig.

Hvis det af forsikringsbetingelserne for en løbende skadesforsikring fremgår, at forsikringsselskabets ansvar ikke ophører trods manglende præmiebetaling, kan forsikringen ikke opsiges, jf. 39 §, men præmien kan inddrives af selskabet uden forudgående dom, jf. 40 §. En løbende skadesforsikring er en forsikring, hvor det er aftalt, at forsikringsselskabets ansvar fortsætter i en ny forsikringsperiode, hvis forsikringen ikke opsiges, jf. 16 §.

40 § *(Fortsatt ansvar och utsökning av premien vid fortlöpande skadeförsäkring)*

Om det i försäkringsvillkoren för en fortlöpande skadeförsäkring föreskrivs att försäkringsgivarens ansvar inte upphör före utgången av försäkringsperioden, trots att premien för försäkringsperioden inte har betalts inom utsatt tid, får försäkringsgivaren driva in premien jämte dröjsmålsränta i utsökningsväg utan dom eller beslut, med iakttagande av lagen om

indrivning av skatter och avgifter i utsökningsväg (367/61), förutsatt att försäkringsgivaren har gjort en anteckning om detta på inbetalningskortet.

Innan försäkringsgivaren vidtar verkställighetsåtgärder skall han informera försäkringstagaren om den premie som skal drivas in med stöd av 1 mom. och om premiegrunden samt om att verkställighetsåtgärder vidtas i det fall att försäkringstagaren inte inom 14 dagar efter att meddelandet avsänts skriftligen bestrider sin betalningsskyldighet. Om försäkringstagaren bestrider betalningsskyldigheten är ett domstolsavgörande en förutsättning för verkställigheten.

Försäkringsgivarens ansvar upphör vid utgången av den försäkringsperiod som avses i 1 mom., om inte hela försäkringspremien före det har kunnat drivas in.

Hvis forsikringstageren ved en skadesforsikring efter udløbet af opsigelsesfristen på 14 dage betaler den manglende præmie, løber forsikringen på ny, medmindre forsikringsselskabet meddeler, at det ikke vil modtage præmiebetalingen, jf. 42 §.

42 § *(Betalning av försenad skadeförsäkringspremie)*

Om en försäkringstagare i ett sådant fall som avses i 11 § 3 mom. [vilkår om, at præmiebetaling er en forudsætning for, at forsikringsselskabets ansvar indtræder] betalar premien för en skadeförsäkring för sent eller i ett sådant fall som avses i 39 § efter att försäkringen upphört, inträder försäkringsgivarens ansvar dagen efter att premien betalts. Försäkringen gäller härvid till utgången av den ursprungligen avtalade försäkringsperioden, räknat från det att den på nytt trätt i kraft.

Vad som stadgas i 1 mom. skall dock inte tillämpas, om försäkringsgivaren inom 14 dagar efter att premien betalts meddelar försäkringstagaren sin vägran att ta emot betalningen.

Hvis der er tale om en personforsikring, kan forsikringstageren bringe forsikringen til at løbe på ny, hvis han betaler den manglende præmie inden seks måneder efter, at forsikringen er ophørt, jf. 43 §.

43 § *(Återupplivning af personförsäkring)*

En personförsäkring som har upphört på grund av att någon annan premie än att den första premien inte betalts träder på nytt i kraft, om försäkringstagaren betalar premien inom sex månader efter att försäkringen upphört.

En personförsäkring som av någon annan orsak än försenad premiebetalning har ändrats till ett fribrev träder på nytt i kraft i sin tidigare omfattning, om försäkringstagaren inom sex månader

efter att begäran om ändring till et fribrev framställdes till försäkringsgivaren betalar den premie som skulle ha betalts om försäkringen inte hade ändrats.

Om försäkringen träder i kraft på nytt börjar försäkringsgivarens ansvar dagen efter att premien betalts.

6.3. Udvalgets overvejelser

Som det fremgår af kapitel 6.1. ovenfor, indeholder forsikringsbetingelserne i dag i vidt omfang bestemmelser, der på en række centrale punkter fraviger forsikringsaftalelovens regler om betaling af præmien og stiller forsikringstageren bedre end efter reglerne i forsikringsaftaleloven.

Forsikringsbetingelserne indeholder f.eks. normalt længere betalingsfrister mv. end dem, der følger af forsikringsaftalelovens §§ 13-14, samt regler om, at forsikringsselskabet ved for sen betaling af præmien skal sende en påmindelse (rykker) til forsikringstageren, hvoraf det skal fremgå, at forsikringsdækningen ophører, hvis den manglende præmie ikke betales inden en nærmere fastsat frist. I praksis skal forsikringstageren endvidere ikke af egen drift opsøge forsikringsselskabet for at betale præmien. Selskabet opkræver normalt præmien hos forsikringstageren ved at udsende et girokort, eller forsikringstageren og selskabet har på forhånd aftalt, at præmien løbende betales via Pengeinstitutternes Betalingsservice (PBS) eller lignende.

Det er efter udvalgets opfattelse uhensigtsmæssigt, at reglerne i forsikringsaftaleloven ikke afspejler de regler om præmiebetaling mv., der i praksis gælder for de enkelte forsikringsaftaler, f.eks. med hensyn til proceduren vedrørende betaling af præmien og virkningen af, at præmien betales for sent.

Udvalget foreslår på denne baggrund, at forsikringsaftalelovens § 12 om præmiens forfaldstidspunkt ændres således, at præmien skal betales senest 21 dage efter, at selskabet har rettet påkrav om betaling til forsikringstageren.

Udvalget foreslår endvidere en modernisering af reglerne i §§ 13-15 om virkningerne af, at præmien betales for sent, herunder således at der sker en forlængelse af fristerne for opsigelse af forsikringsaftalen og ophør af forsikringsdækningen, hvilket allerede i dag i praksis følger af forsikringsbetingelserne.

Det foreslås, at selskabet kan opsige forsikringen, hvis præmien ikke er betalt senest 14 dage efter udløbet af betalingsfristen, og at opsigelsesfristen skal være mindst 21 dage, således at forsikringsaftalen først ophører, hvis præmien ikke er betalt senest 21 dage efter opsigelsen.

Det skal udtrykkeligt fremgå af opsigelsen, at forsikringsaftalen og dermed selskabets ansvar ophører, hvis præmien ikke betales inden den fastsatte frist.

Første præmieopkrævning foretages typisk samtidig med eller i umiddelbar forlængelse af, at forsikringstageren tegner forsikringen. Der er derfor ikke i denne situation det samme behov som ved senere præmiebetalinger for at varsle forsikringstageren om præmiebetalingen og om konsekvenserne af manglende betaling.

Hertil kommer, at det er væsentligt at undgå, at forsikringstageren kan spekulere i, om forsikringsbegivenheden indtræder, således at præmien kun betales, hvis forsikringsbegivenheden rent faktisk indtræder. Dette har navnlig betydning ved de såkaldte korttidsforsikringer, dvs. forsikringer der skal dække en særlig opstået risiko, der kun strækker sig over en begrænset periode, og hvor forsikringsaftalen indgås for en kortere periode, f.eks. rejseforsikringer.

Efter forsikringsaftalelovens § 97 a og § 119 a og lov om visse forbrugeraftaler kapitel 4 a kan forsikringstageren (ved livsforsikringer og visse ulykkes- og sygeforsikringer samt i forbrugerforhold) endvidere fortryde forsikringstegningen i en periode på 14 dage efter modtagelsen af forsikringsbetingelserne eller underretningen om, at forsikringsaftalen er indgået. Det er uhensigtsmæssigt, hvis forsikringstageren generelt kan opnå en bedre retsstilling ved blot at undlade at betale den første præmie, hvorved der efter de foreslåede regler i forsikringsaftalelovens §§ 12-13 ville gå 8 uger, før forsikringen ophørte.

På denne baggrund foreslår udvalget, at det for så vidt angår betaling af den første præmie kan aftales, at forsikringen ophører, hvis præmien ikke betales inden en rimelig frist efter selskabets påkrav om betaling. Efter udvalgets opfattelse må en betalingsfrist på 1 uge i almindelighed anses for rimelig. Ved visse korttidsforsikringer f.eks. kortvarige rejseforsikringer vil fristen dog kunne være kortere.

Efter de gældende regler i forsikringsaftalelovens §§ 14-15 kan forsikringstageren ved at betale den manglende præmie bringe selskabets ansvar til at løbe på ny, så længe aftalen ikke er helt bortfaldet. Dette har bl.a. betydning, hvis selskabets ansvar er ophørt i medfør af § 14, men selskabet har undladt at opsige forsikringsaftalen efter § 13. Efter § 15 ophører aftalen dog som udgangspunkt uden opsigelse, når der er forløbet 3 måneder, uden at præmien er betalt.

Udvalgets forslag indebærer, at forsikringstageren to gange vil blive mindet om, at præmien skal betales (ved betalingspåkrav og ved den efterfølgende opsigelse), og at forsikringstageren får en samlet betalingsfrist på 8 uger (21 + 14 + 21 dage). Udvalget finder på denne baggrund ikke, at der er behov for en generel regel om, at forsikringstageren efter udløbet af opsigelsesfristen kan bringe forsikringsaftalen til at løbe igen ved at betale den manglende præmie. Hensynet til at sikre, at forsikringstageren ikke uforvarende står uden

forsikringsdækning, må anses for tilstrækkeligt tilgodeset ved den samlede betalingsfrist på 8 uger kombineret med to betalingspåmindelser, hvoraf det af den sidste (opsigelsen) udtrykkeligt skal fremgå, at forsikringsaftalen ophører, hvis præmien ikke betales.

Selv om udgangspunktet må være, at risikoen for den manglende præmiebetaling påhviler forsikringstageren, bør der dog efter udvalgets opfattelse være mulighed for i særlige tilfælde at bringe forsikringsaftalen til at løbe igen, selv om præmien ikke er betalt inden udløbet af opsigelsesfristen.

Denne adgang til at genoplive forsikringen bør kun gælde ved uforudsete hindringer, der ikke kan bebrejdes forsikringstageren, og hvor der samtidig er tale om sådanne særligt undskyldende omstændigheder, at risikoen for den for sene præmiebetaling ikke bør påhvile forsikringstageren. Det kan f.eks. være pludselig alvorlig sygdom hos forsikringstageren eller dennes nære pårørende, som i realiteten har hindret den pågældende i selv at betale præmien eller sørge for, at andre betalte præmien på hans eller hendes vegne. Forsikringstagerens pludselige pengemangel, f.eks. som følge af arbejdsløshed, bør derimod ikke give adgang til at genoplive forsikringen.

Adgangen til at genoplive forsikringen må forudsætte, at forsikringstageren betaler den fulde manglende præmie inkl. eventuelle renter og omkostninger (rykkergebyr, inkassoomkostninger mv.), selv om dette indebærer, at han eller hun derved kommer til at betale præmie for en periode, hvor der ikke har været forsikringsdækning. Præmien skal betales uden ugrundet ophold, efter at betalingshindringen er ophørt. Genoplivningsadgangen bør endelig begrænses til en kortere periode der foreslås 3 måneder efter opsigelsesfristens udløb, således at der ikke i en længere periode vil være usikkerhed om, hvorvidt forsikringsaftalen er endelig ophørt.

Efter udvalgets opfattelse bør selskabet i forbindelse med opsigelse af forsikringen udtrykkeligt oplyse forsikringstageren om muligheden for i medfør af den nye genoplivningsregel at bringe forsikringen til at løbe på ny. Forsikring & Pension har i den forbindelse udarbejdet et udkast til forsikringsselskabernes vejledning herom. Udkastet er medtaget som bilag 5 til betænkningen.

Som anført ovenfor opkræves præmien i praksis normalt ved, at forsikringsselskabet sender en opkrævning i form af et girokort til forsikringstageren. Forsikringsselskabet antages herved at have accepteret, at indbetaling til et pengeinstitut ved brug af girokortet er rettidig, når betalingen senest sker sidste rettidige betalingsdag. Hertil kommer, at for sen betaling af forsikringspræmien kan have alvorlige følger for forsikringstageren, idet selskabet kan opsige forsikringen.På denne baggrund foreslår udvalget, at der i forsikringsaftaleloven indsættes en regel svarende til tinglysningslovens § 42 a, stk. 1, og kreditaftalelovens § 25, hvorefter indbetaling af præmien til et dansk pengeinstitut er rettidig, hvis indbetalingen er sket inden betalingsfristens udløb.

Der henvises til kapitel 23 nedenfor, der indeholder udvalgets lovudkast med bemærkninger (lovudkastets § 1, nr. 6).

---

1. Preben Lyngsø: Dansk Forsikringsret, side 162 f., og Ivan Sørensen: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 70 f. Se også Ivan Sørensens Udredning om bedre forbrugerbeskyttelse ved private forsikringer i Danmark, side 39.

2. Se f.eks. Preben Lyngsø: Dansk Forsikringsret, side 177, Ivan Sørensen: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 73, og Ivan Sørensens Udredning om bedre forbrugerbeskyttelse ved private forsikringer i Danmark, side 39 f.

3. AKF 49.435 (FED 2000.1938).

4. Se f.eks. FED 1995.48 V, hvor det ikke fandtes bevist, at selskabet havde sendt den påmindelse, der var nævnt i forsikringsbetingelserne.

5. Kommissionsudkastet, side 43.

6. Se også Kommissionsudkastet, side 44, og Ivan Sørensen: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 78 f.

7. NOU 1987:24, side 107, og Hans Jacob Bull: Studiemateriale i forsikringsrett I (1999), side 185 f.

Kapitel 7. Sikredes fremkaldelse af forsikringsbegivenheden

7.1. Gældende ret

Forsikringsaftalelovens § 18 angiver retsvirkningerne af sikredes forsætlige eller uagtsomme fremkaldelse af forsikringsbegivenheden.

§ 18. Fremkalder den sikrede forsætligt forsikringsbegivenheden, har han ikke noget krav mod selskabet.
Stk. 2. Har han fremkaldt forsikringsbegivenheden ved en uagtsomhed, der under de foreliggende omstændigheder må betegnes som grov, skal det under hensyn til skyldgraden og omstændighederne i øvrigt afgøres, om erstatning skal ydes og i bekræftende fald med hvilket beløb. Ved livsforsikring og ansvarsforsikring hæfter selskabet dog fuldt ud.

Har sikrede forsætligt fremkaldt forsikringsbegivenheden, er selskabet ansvarsfri, jf. stk. 1. Er forsikringsbegivenheden fremkaldt ved grov uagtsomhed, skal der efter stk. 2 som udgangspunkt foretages en skønsmæssig vurdering af, om forsikringsydelsen skal nedsættes eller eventuelt helt bortfalde.

Der skal ved denne vurdering i første række lægges vægt på graden af den udviste uagtsomhed. Bestemmelsen forudsætter, at der i mere graverende tilfælde slet ikke skal gives erstatning, og at der i mindre graverende tilfælde ydes fuld erstatning.[1] Der skal endvidere tages hensyn til omstændighederne i øvrigt , herunder sikredes økonomiske og sociale forhold. Vil sikrede f.eks. blive usædvanligt dårligt stillet, hvis der ikke ydes (fuld) erstatning, vil dette tale for, at erstatningen ikke nedsættes eller i hvert fald ikke fuldstændigt bortfalder.

Ved livsforsikring og ansvarsforsikring hæfter selskabet dog fuldt ud, selv om forsikringsbegivenheden er fremkaldt ved grov uagtsomhed. Denne regel er begrundet i

hensynet til, at sikrede, henholdsvis skadelidte får fuld erstatning.[2]

§ 18, stk. 2, kan fraviges ved aftale, således at selskabet f.eks. bliver helt fri for ansvar, hvis sikrede har udvist grov uagtsomhed, jf. § 20, 1. pkt. Det kan også aftales, at selskabet ved livsforsikring og ansvarsforsikring er ansvarsfri, hvis forsikringsbegivenheden er fremkaldt ved grov uagtsomhed.[3]

Det er uafklaret, om § 18, stk. 1, kan fraviges ved aftale, men spørgsmålet er antagelig uden praktisk betydning.[4]

Forsikringsaftaleloven indeholder ingen definition af, hvad der skal forstås ved forsæt og grov uagtsomhed , og den nærmere fastlæggelse heraf må således ske i den juridiske teori og i retspraksis mv.

Det forsikringsretlige forsætsbegreb antages ligesom f.eks. det strafferetlige forsætsbegreb at omfatte flere forsætsgrader. Der foreligger direkte forsæt, hvis sikrede har haft til hensigt at fremkalde forsikringsbegivenheden, og sandsynlighedsforsæt, hvis sikrede har anset forsikringsbegivenhedens indtræden for overvejende sandsynlig. Der kan endelig være tale om forsæt i form af dolus eventualis: Enten fordi sikrede har anset forsikringsbegivenhedens indtræden som mulig, men ikke ville have handlet anderledes, hvis han eller hun havde været sikker (hypotetisk forsæt), eller fordi sikrede har indset og accepteret forsikringsbegivenhedens indtræden som en mulig følge af sin adfærd (positiv indvilligelse).[5]

Højesteret har med hensyn til fastlæggelsen af, hvornår der er tale om grov uagtsomhed, taget udgangspunkt i, om den udviste adfærd har indebåret en indlysende fare for den indtrådte skade. Dette gælder både for så vidt angår grov uagtsomhed i relation til forsikringsaftalelovens § 18, stk. 2, og i relation til erstatningsansvarslovens § 19, stk. 2, nr. 1 (hvorefter skadevolderen ved grov uagtsomhed ikke er ansvarsfri, selv om skaden er dækket af en tingsforsikring mv.).[6] Se f.eks.:

I UfR 1995.737 H[7] opstod der under en maskinmesters svejsning på sin bil brand i bilens undervognsbehandlingsmateriale. Ilden bredte sig herefter til bygningen, hvori arbejdet foregik. Højesteret fandt, at risikoen for antændelse af undervognsbehandlingsmaterialet er velkendt blandt mekanikere, men ikke kan betragtes som almindelig kendt. Selv om den udviste adfærd var i betydelig grad uagtsom, fandtes den ikke at indebære en så indlysende fare for den indtrådte skade, at der forelå grov uagtsomhed.

I UfR 1998.1693 H havde et auktionshus i flere år opbevaret nøglen til en boks på bogreolen i et kontor, som lå i nogen afstand fra boksen. Højesteret fandt, at adfærden havde indebåret en

så indlysende fare for et tyveri som det, der blev begået, at auktionshuset havde udvist grov uagtsomhed. Højesteret henviste til, at der jævnligt blev opbevaret betydelige, let realisable værdier i boksen, og at boksnøglen gennem flere år var opbevaret på samme, let tilgængelige sted, som et betydeligt antal personer efterhånden fik kendskab til.

I UfR 1999.1018 H fandtes to kranførere ved deres manglende professionelle imødegåelse af den indlysende fare for en skade som den skete at have handlet groft uagtsomt.

I UfR 2000.1093 H kørte en cyklist ind i et lysreguleret kryds uden at være opmærksom på, at der var rødt lys. Ude i krydset søgte han at undgå faren ved at vende og køre tilbage. Uanset overtrædelsen af færdselsloven fandtes der ikke at være tale om et så dadelværdigt forhold, at der forelå grov uagtsomhed.[8]
Der kan herudover henvises til UfR 1998.32 H, UfR 1998.1558 H og UfR 2001.614 H om erstatningsansvarslovens § 19, stk. 2, nr. 1, samt UfR 1996.872 H og UfR 1999.1706 H om forsikringsaftalelovens § 18, stk. 2.

§ 18 angår efter sin ordlyd alene sikredes fremkaldelse af forsikringsbegivenheden. Udgangspunktet er således, at § 18 ikke finder anvendelse, hvis forsikringsbegivenheden er fremkaldt af en anden end sikrede. Forsikringsselskabet kan dog i et vist omfang i forsikringsbetingelserne forbeholde sig ansvarsfrihed for forsikringsbegivenheder, der er fremkaldt af andre end sikrede.[9]

I UfR 1999.1018 H indeholdt forsikringsbetingelserne en bestemmelse om, at forsikringen ikke dækkede, hvis anvisninger mv. for betjening af de forsikrede genstande blev overtrådt eller tilsidesat med det sikrede selskabs eller dets ansvarlige medarbejderes vilje eller vidende . Højesteret bemærkede, at bestemmelsen i forhold til forsikringsaftalelovens § 18 indebærer en udvidelse af personkredsen til ugunst for forsikringstageren og derfor kun omfatter medarbejdere, som klart er omfattet af ordlyden. Uanset at to kranførere havde handlet groft uagtsomt, kunne selskabet herefter ikke påberåbe sig ansvarsfrihed, idet den nævnte bestemmelse i forsikringsbetingelserne ikke fandtes at omfatte medarbejdere uden selvstændigt ledelsesansvar.

Endvidere kan der efter omstændighederne på ulovbestemt grundlag ske identifikation mellem sikrede og en anden person, som har fremkaldt forsikringsbegivenheden, dvs. at sikrede helt eller delvist mister retten til forsikringsydelsen som følge af en anden persons adfærd, f.eks. i visse tilfælde, hvor der er et økonomisk interessefællesskab mellem parterne.[10]

I UfR 1996.413 H havde føreren af et skib uagtsomt forvoldt skade på skibet, som var ejet af et partrederi, hvori føreren deltog med 25 pct. og en anden person med 75 pct. Under henvisning til det økonomiske interessefællesskab mellem partrederiet og føreren kunne

forsikringsselskabet uden begrænsning påberåbe sig en afkortningsregel i forsikringsaftalen for skader forvoldt ved simpel uagtsomhed.

I UfR 2001.980 H blev der som følge af det økonomiske fællesskab statueret identifikation mellem revisorerne i et revisionsselskab med hensyn til én af revisorernes groft uagtsomme forhold.

Forsikringsaftaleloven indeholder herudover en særlig regel i § 85 om identifikation ved brandforsikring. Der henvises herom til kapitel 13.1.2. nedenfor.

Forsikringsaftalelovens § 19 indeholder nogle undtagelser til reglen i § 18 om nedsættelse eller bortfald af forsikringsydelsen.

§ 19. Bestemmelserne i § 18 om bortfald eller begrænsning af selskabets ansvar finder ikke anvendelse, når den sikrede var under 14 år eller på grund af sindssygdom, åndssvaghed, forbigående sindsforvirring eller lignende tilstand har manglet evnen til at handle fornuftsmæssigt.

Stk. 2. Det samme gælder, når den handling, hvorved forsikringsbegivenheden forårsages, foretages til afværgelse af skade på person eller ejendom under sådanne omstændigheder, at handlingen må anses for forsvarlig.

Efter § 20 kan forsikringsselskabet som udgangspunkt ikke fraskrive sig ansvaret i tilfælde, hvor forsikringsbegivenheden er fremkaldt ved simpel uagtsomhed. Forsikringsbetingelserne kan dog bestemme, at der i sådanne tilfælde kan ske nedsættelse af erstatningen med indtil 5 pct. Det kan endvidere aftales, at selskabet er ansvarsfri, hvis forsikringsbegivenheden er forårsaget som følge af selvforskyldt beruselse.

§ 20. Det kan ikke med retsvirkning aftales, at selskabet skal være fri for ansvar, hvis forsikringsbegivenheden er fremkaldt ved en uagtsomhed, der ikke kan betegnes som grov. Denne bestemmelse er ikke til hinder for, at det aftales, dels at selskabet skal være fri for ansvar for forsikringsbegivenheder, som den sikrede har forårsaget under selvforskyldt beruselse, dels at selskabet kan afkorte indtil 5 pct. i erstatningen, hvis forsikringsbegivenheden er fremkaldt ved en uagtsomhed, der ikke kan betegnes som grov.

Reglen om ansvarsfrihed for skader forårsaget under selvforskyldt beruselse har navnlig praktisk betydning ved kaskoforsikring for motorkøretøjer, ulykkesforsikringer og ansvarsforsikringer. Der findes i dag en omfattende praksis fra domstolene og fra Ankenævnet for Forsikring, som nærmere belyser, hvornår forsikringsbegivenheden anses for at skyldes selvforskyldt beruselse.[11]

Muligheden for at aftale, at der ved simpel uagtsomhed kan ske afkortning i erstatningen, udnyttes normalt ikke i praksis. Enkelte forsikringstyper, f.eks. kaskoforsikring af fiskefartøjer, kan dog indeholde en sådan afkortningsregel.[12]

Fastlæggelsen af, hvornår der er tale om simpel uagtsomhed, hvor selskabet som udgangspunkt ikke kan fraskrive sig ansvaret, afgøres af domstolene ved en konkret vurdering af den enkelte sag. Forsikringsselskabet kan således ikke ved en bestemmelse i forsikringsbetingelserne fastlægge grænsen mellem simpel og grov uagtsomhed.[13]

I UfR 1987.718 Ø havde sikrede under en overnatning i udlandet efterladt almindelig bagage i sin aflåste bil, der var parkeret over for hotellet umiddelbart ved hovedpolitistationen. Forsikringsbetingelserne indeholdt et vilkår om, at det er meget uforsvarligt at efterlade sin bil fyldt med rejsegods og værdifulde genstande på en parkeringsplads om natten. Uanset denne klausul fandt landsretten, at der under de foreliggende omstændigheder ikke havde foreligget en sådan ganske særlig risiko for tyveri, at der var tale om grov uagtsomhed.[14]

Forsikringsaftalelovens § 100 indeholder endelig en særlig regel for livsforsikringer om den situation, at den, på hvis liv forsikringen er tegnet (forsikrede), begår selvmord.

§ 100. Har den, på hvis liv forsikringen er tegnet, berøvet sig livet på et tidspunkt, hvor forsikringen ikke har været i kraft uafbrudt mindst de sidste 2 år, er selskabet fri for ansvar, medmindre det må anses for godtgjort, at forsikringen er tegnet eller på ny sat i kraft uden tanke på selvmordet, og at dette ville være begået, selv om forsikringen ikke havde foreligget.

7.2. Reglerne i de andre nordiske lande

7.2.1. Norge

Efter den norske forsikringsaftalelovs § 4-9 er forsikringsselskabet ved skadesforsikringer ansvarsfri, hvis forsikringsbegivenheden er fremkaldt forsætligt. Er forsikringsbegivenheden fremkaldt ved grov uagtsomhed, afgøres det efter en konkret vurdering, om erstatningen skal nedsættes eller helt bortfalde.

§ 4-9. *(sikredes fremkalling av forsikringstilfellet)*

Har sikrede forsettlig fremkalt forsikringstilfellet, er selskapet ikke ansvarlig. Er det ikke utvist svik, kan selskapet likevel pålegges delvis ansvar. § 4-12 gjelder i så fall tilsvarende.

Har sikrede ved annen forsikring enn ansvarsforsikring grovt uaktsomt fremkalt forsikringstilfellet, kan selskapets ansvar settes ned eller falle bort. Ved avgjørelsen skal det legges vekt på skyldgraden, skadeforløpet, om sikrede var i selvforskyldt rus, og forholdene ellers.

Selskapet kan ikke påberope seg at sikrede har fremkalt forsikringstilfellet ved en uaktsomhet som ikke er grov.

I motorvognforsikring kan selskapet uten hinder av bestemmelsene i første, annet og tredje ledd ta forbehold om ansvarsfrihet for forsikringstilfelle som sikrede har voldt mens han eller hun kjørte vognen under selvforskyldt påvirkning av alkohol eller annet berusende eller bedøvende middel. Det samme gjelder for forsikringstilfelle som er voldt av en annen mens denne kjørte vognen i slik tilstand, dersom sikrede har medvirket til vognens bruk enda han eller hun visste eller måtte forstå at føreren var påvirket. Forbehold om ansvarsfrihet som nevnt i dette leddet kan likevel settes helt eller delvis til side dersom det må antas at forsikringstilfellet ville ha inntruffet selv om vognføreren ikke hadde vært påvirket, eller dersom det ellers ville virke urimelig om selskapet skulle være fri for ansvar. Hadde føreren større alkoholkonsentrasjon i blodet enn 0,5 promille eller en alkoholmengde i kroppen som kan føre til en så stor alkoholkonsentrasjon i blodet, eller større alkoholkonsenstrasjon i utåndingsluften enn 0,25 milligram per liter luft, regnes føreren i alle tilfeller for påvirket av alkohol i forhold til bestemmelsen her.

Selskapet kan ikke påberope seg reglerne i denne paragrafen dersom sikrede eller en person som etter § 4-11 skal likestilles med sikrede, på grunn av alder eller sinnstilstand ikke kunne forstå rekkevidden av sin handling.

Muligheden for at tilkende erstatning i tilfælde, hvor forsikringsbegivenheden er fremkaldt forsætligt, men hvor der ikke er udvist svig, sigter til tilfælde, hvor det ikke har været hensigten at opnå erstatning, men f.eks. at skade en ægtefælle eller sambo.[15]

Forsikringsaftaleloven indeholder i § 4-11 en generel regel om muligheden for at aftale, at sikrede helt eller delvist mister retten til erstatning som følge af andre personers adfærd (identifikation).

§ 4-11. *(handlinger og unnlatelser fra sikredes slektninger, hjelpere og liknende personer)*

Ved forsikring som ikke har tilknytning til næringsvirksomhet, kan det ikke avtales at sikrede skal kunne tape sin rett til erstatning som følge av handlinger eller unnlatelser fra sikredes slektninger, hjelpere og andre liknende personer som sikrede har tilknytning til.

Uten hinder av regelen i første ledd kan det avtales at selskapet

(a) ved forsikring av motorvogner, fartøyer, luftfartøyer og husdyr skal kunne påberope seg handlinger og unnlatelser fra en person som med sikredes samtykke er ansvarlig for forsikringsgjenstanden,
(b) ved forsikring av bolig, privat fritidssted og innbo skal kunne påberope seg handlinger og unnlatelser fra sikredes ektefelle som bor sammen med sikrede, eller fra personer som sikrede lever sammen med i et fast etablert forhold.

Ved forsikring i tilknytning til næringsvirksomhet kan det, med den begrensning som følger av av § 7-3 første ledd [om medforsikredes værn mod selskabets indsigelser], avtales at sikrede helt eller delvis skal kunne tape sin rett til erstatning som følge av handlinger eller unnlatelser fra nærmere angitte personer eller persongrupper.

Ved forsikring af bl.a. indbo og bolig skal der efter § 4-12 tages hensyn til, hvilken betydning nedsættelse af erstatning vil få for sikrede, dvs. for sikredes økonomiske og sociale forhold mv.

§ 4-12. *(hensynet til sikredes livsforhold)*

Ved vurderingen av om selskapets ansvar skal settes ned eller falle bort etter reglerne i dette kapitlet, skal det ved forsikring av bolig, innbo og andre gjenstander som nevnt i lov 8. juni 1984 nr. 59 om fordringshavernes dekningsrett § 2-3 første ledd bokstavene a og b tas hensyn til hvilken virkning en avkortning vil få for sikrede eller for andre personer som er økonomisk avhengige av sikrede.

Forsikringsselskabet kan ikke påberåbe sig bl.a. reglen i § 4-9 om sikredes fremkaldelse af forsikringsbegivenheden, hvis sikrede har søgt at afværge skade på person eller ting, jf. § 4-13. Efter § 4-14 skal selskabet uden ugrundet ophold give sikrede meddelelse om, at det vil påberåbe sig bl.a. sikredes fremkaldelse af forsikringsbegivenheden. Undlader selskabet dette, mister det retten til at gøre forholdet gældende.

§ 4-13. *(handlinger foretatt for å avverge skade på person eller eiendom)*

Selskapet kan ikke påberope seg reglerne i §§ 4-7 til 4-11 dersom den handling det er tale om, tok sikte på å forebygge skade på person eller eiendom, og handlingen etter de foreliggende forhold måtte anses som forsvarlig.

§ 4-14. *(selskapets plikt til å si fra om at det vil bruke sine rettigheter)*

Hvis selskapet vil gjøre gjeldende at det etter en av reglerne i dette kapitlet er helt eller delvis

fri for ansvar eller har rett til å si opp forsikringen, skal det gi forsikringstakeren eller sikrede skriftlig beskjed om sitt standpunkt. Beskjeden skal gis uten ugrunnet opphold etter at selskapet ble kjent med det forhold som medfører at regelen kan anvendes. I denne forbindelse skal selskapet også gi orientering om adgangen til å kreve nemnbehandling etter § 20-1, eventuelt om andre muligheter for å få prøvd saken utenfor domstolene.

Forsømmer selskapet å gi slik beskjed, mister det retten til å påberope seg forholdet.

Ved personforsikringer er selskabet som udgangspunkt ansvarsfri, hvis forsikrede forsætligt har fremkaldt forsikringsbegivenheden, jf. § 13-8. Ved andre forsikringer end livsforsikringer kan erstatningen endvidere nedsættes, hvis der er tale om grov uagtsomhed, jf. § 13-9. Ved livsforsikringer er selskabet således ansvarlig, selv om forsikrede har fremkaldt forsikringsbegivenhed ved grov uagtsomhed.

§ 13-8. *(forsettlig fremkalling av forsikringstilfellet)*

Har den forsikrede forsettlig fremkaldt forsikringstilfellet, er selskapet ikke ansvarlig. Selskapet er likevel ansvarlig hvis den forsikrede på grunn av alder eller sinnstilstand ikke kunne forstå rekkevidden av sin handling. Selskapet kan ved ulykkesforsikring ta forbehold om at det ikke svarer for selvmord eller forsøk på selvmord som følge av sinnslidelse.

Har den forsikrede tatt eller forsøkt å ta sitt eget liv, svarer selskapet ved livsforsikring dersom det er gått mer enn ett år etter at selskapets ansvar begynte å løpe, eller dersom det må antas at forsikringen ble tegnet uten tanke på selvmord. Har en kortvarig livsforsikring som bare omfatter dødsrisiko, vært fornyet, regnes ett-årsfristen fra første gang forsikringen ble tegnet.

§ 13-9. *(uaktsom fremkalling av forsikringsstilfellet)*

Har den forsikrede ved annen forsikring enn livsforsikring grovt uaktsomt fremkalt forsikringstilfellet eller økt skadens omfang, kan selskapets ansvar settes ned eller falle bort. Det samme gjelder dersom den forsikrede grovt uaktsomt har fremkalt forsikringstilfellet gjennom overtredelse av en sikkerhetsforskrift. Ved avgjørelsen skal det legges vekt på skyldgraden, skadeforløpet, om forsikrede var i selvforskyldt rus, hvilken virkning nedsettelse eller bortfall av selskapets ansvar vil få for den som har krav på forsikringen eller for andre personer som er økonomisk avhengige av ham eller henne og forholdene ellers.

I andre tilfeller enn nevnt i første ledd kan selskapet ikke påberope seg at den forsikrede uaktsomt har fremkalt forsikringstilfellet.

Selskapet kan ikke påberope seg reglene i første ledd dersom den forsikrede på grunn av alder

eller sinnstilstand ikke kunne forstå rekkevidden av sin handling.

I § 13-10 og § 13-13 findes regler om redningsforanstaltninger og om selskabets pligt til at give meddelelse, hvis det vil påberåbe sig sine rettigheder, som i det væsentlige svarer til de ovennævnte regler i § 4-13 og § 4-14 om skadesforsikringer.

7.2.2. Sverige

Den svenske forsikringsaftalelov indeholder i 18-20 §§ regler om sikredes fremkaldelse af forsikringsbegivenheden, som i vidt omfang svarer til reglerne i den danske forsikringsaftalelov. Efter 18 § er selskabet dog også ansvarsfri, hvis forsikringsbegivenheden er fremkaldt ved grov uagtsomhed, medmindre der er tale om en livsforsikring.

18 § Försäkringsgivaren vare fri från ansvarighet gent emot den, som uppsåtligen framkallat försäkringsfallet.

Gäller avtalet annan försäkring än livförsäkring, vare lag samma, där försäkringsfallet framkallats genom grov vårdslöshet.

19 § Var den, som framkallat försäkringsfallet på sätt i 18 § sägs, under femton år eller i sådant sinnestillstånd som avses i 30 kap. 6 § brottsbalken, äge vad i förstnämnda paragraf sägs ej tillämpning.

Lag samma vare, där den handling, som framkallat försäkringsfallet, företagits i syfte att förekomma skada å person eller egendom under sådana omständigheter, att åtgärden kan anses försvarlig.

20 § Har försäkringsfallet framkallats genom vårdslöshet, som icke kan betecknas såsom grov, vare det utan inverkan å försäkringsgivarens ansvarighet.

20 a § og 100-100 a §§ indeholder særlige regler om fremkaldelse af forsikringsbegivenheden ved livsforsikringer.

20 a § I 100 a § finns bestämmelser om förlust av rätt till ersättning från livförsäkring i vissa fall. I den mån dessa bestämmelser är tillämpliga, gäller de i stället för bestämmelserna i 18-20 §§.
...

100 § Har den, å vars liv försäkring för dödsfall tagits, berövat sig livet innan tre år förflutit från det försäkringen togs eller senast återupplivades, vare försäkringsgivaren fri från

ansvarighet, med mindre det måste antagas, att försäkringen tagits eller återupplivats utan tanke på självmordet och att handlingen skulle hava företagits även om försäkringen ej varit för handen.

100 a § Om någon genom brott uppsåtligen har dödat försäkringstagaren, den försäkrade eller en förmånstagare, gäller bestämmelserna i 15 kap. ärvdabalken om förlust av rätt att ta arv eller testamente för gärningsmannens rätt till försäkringen eller försäkringsersättningen.

Vad som sägs i första stycket gäller även när någon annars har orsakat försäkringstagarens, den försäkrades eller en förmånstagares död genom en uppsåtlig gärning som innefattat våld på den dödades person och utgjort brott för vilket lindrigare straff än fängelse i ett år inte är föreskrivet. Lika med våld anses att försätta någon i vanmakt eller annat sådant tillstånd.

Vad som sägs i första och andra styckena om den som har begått ett brott gäller också var och en som har medverkat till brottet såsom sägs i 23 kap. 4 och 5 §§ brottsbalken.

Efter konsumentförsäkringslagens 32 § er forsikringsselskabet ligeledes ansvarsfri, hvis forsikringsbegivenheden er fremkaldt forsætligt. Ved grov uagtsomhed kan erstatningen nedsættes, og ved simpel uagtsomhed kan selskabet i et vist omfang tage forbehold om nedsættelse af erstatningen. 33 § indeholder nogle undtagelser fra reglerne om nedsættelse af erstatningen.

32 § Har den försäkrade uppsåtligen framkallat ett försäkringsfall, lämnas inte ersättning från försäkringen såvitt gäller honom.

Har den försäkrade framkallat försäkringsfallet genom grov vårdslöshet, kan försäkringsersättning som ej avser skadestånd sättas ned såvitt gäller honom. Har den försäkrade framkallat försäkringsfallet genom annan oaktsamhet som ej är ringa, kan försäkringsersättning som ej avser skadestånd sättas ned såvitt gäller honom, om förbehåll om nedsättning har gjorts i försäkringsvillkoren. Sådant förbehåll får göras endast om det är påkallat för att förebygga försäkringsfall eller det annars finns särskilda skäl. Nedsättningen görs efter vad som är skäligt med hänsyn till den försäkrades oaktsamhet och omständigheterna i övrigt.

Med den försäkrade jämställs annan som har handlat med hans samtycke. Också den som beträffande försäkrad egendom har en väsentlig ekonomisk gemenskap med den försäkrade jämställs med denne, om inte särskilda skäl talar mot detta.

33 § Även om försäkringstagaren eller den försäkrade har handlat på ett sätt som enligt 30-32 §§ kan föranleda att ersättning från försäkringen sätts ned eller inte lämnas, tillämpas inte dessa

bestämmelser om han var i ett sådant sinnestillstånd som avses i 30 kap. 6 § bottsbalken eller under tolv år.

Vid tillämpningen av 31 § andra stycket eller 32 § tredje stycket skall den som var i ett sådant sinnestillstånd som avses i 30 kap. 6 § brottsbalken eller som var under tolv år jämställas med den försäkrade endast om han har handlat med dennes samtycke.

Det seneste udkast til en ny svensk forsikringsaftalelov indeholder i 4 kap. om skadesforsikringer en regel, hvorefter selskabet er ansvarsfri ved forsikredes forsætlige fremkaldelse af forsikringsbegivenheden. I tilfælde af grov uagtsomhed kan erstatningen nedsættes, og ved simpel uagtsomhed kan selskabet tage forbehold om ansvarsfrihed, hvis der er et særligt behov herfor. Sidstnævnte mulighed sigter navnlig til såkaldte all-risk-forsikringer. [16]

Framkallande av försäkringsfall m.m.

5 § Om den försäkrade uppsåtligen har framkallat ett försäkringsfall, lämnas inte ersättning från försäkringen såvitt angår honom. Detsamme gäller i den mån han uppsåtligen förvärrat följderna av ett försäkringsfall.

Har den försäkrade framkallat försäkringsfallet eller förvärrat dess följder genom grov vårdlöshet, kan ersättningen sättas ned såvitt angår honom efter vad som är skäligt med hänsyn till hans förhållande och omständigheterna i övrigt. Om särskilda skäl föreligger på grund av försäkringens art, får försäkringsbolaget göra förbehåll i villkoren om at detsamma skall gälla även vid sådan vårdslöshet som inte är grov.

I 8-11 §§ findes regler om identifikation samt forskellige andre generelle regler, som også gælder ved forsikredes fremkaldelse af forsikringsbegivenheden.

Identifikation

8 § Försäkringsvillkoren får ange att i fall som avses i 5-7 §§ [om fremkaldelse af forsikringsbegivenheden, sikkerhedsforskrifter og redningspligt] med den försäkrades handlande likställs handlande av

1. den som med den försäkrades samtycke har hand om den försäkrade egendomen,
2. den försäkrades make och sambo samt i fall som avses i 6 § [om sikkerhedsforskrifter] även annan familjemedlem, när den försäkrade egendomen utgör gemensam bostad eller bohag i denna, och
3. vid företagsförsäkring, sådana anställda och andra medhjälpare till den försäkrade som anges

i villkoren.

Gemensamma bestämmelser

9 § Reglerna i detta kapitel om att ersättning kan nedsättas eller inte skall betalas tillämpas inte på grund av

1. handlande som har inneburit endast ringa oaktsamhet,
2. handlande av någon som har varit i sådant sinnestillstånd som avses i 30 kap. 6 § brottsbalken eller varit under tolv år, eller
3. handlande som har avsett att förebygga skada på person eller egendom i sådant nödläge att det varit försvarligt.

Som grov vårdslöshet skall vid tillämpning av 5 och 7 §§ anses att den försäkrade måste antas ha handlat eller underlåtit att handla i vetskap om att detta innebar en betydande risk för den inträffade skadan.

Bestämmelserna om nedsättning av ersättning i 5 § anda stycket, 6 § första stycket og 7 § andra stycket tillämpas inte vid ansvarsförsäkring. Om inte fall som avses i 7 kap. 7 § tredje stycket 1-3 föreligger, är dock försäkringsbolaget skyldigt att lämna ersättning endast i den mån denna inte kan utges av någon försäkrad.

10 § Vill försäkringsbolaget göra gällande att det i sådana fall som avses i detta kapitlet är helt eller delvis fritt från ansvar, skall bolaget lämna skriftligt meddelande om detta till försäkringstagaren och till en försäkrad som gör anspråk på försäkringsersättning. Meddelandet skall lämnas utan oskäligt uppehåll från det att bolaget fick kännedom om det förhällande som medför att ansvarsfrihet kan föreligga. Försummar bolaget detta, förlorar det rätten att åberopa förhållandet, om inte försäkringstagaren eller den försäkrade har förfarit svikligt eller i strid mot tro och heder.

11 § Reglerna i detta kapitel tillämpas också på försäkringsvillkor som enligt sin lydelse begränsar försäkringens omfattning, när begränsningen beror av

1. om någen på den försäkrades sida uppsåtligen eller genom vårdslöshet har medverkat till försäkringsfället eller på förhand känt till de förhållanden som orsakat detta, eller
2. om vissa försiktighetsmått som är ägnade att förebygga eller begränsa skada inte har vidtagits.

Lovudkastet indeholder i 13 kap. regler om forsikredes fremkaldelse af forsikringsbegivenheden ved personforsikringer.

Framkallande av försäkringsfall

8 § Om den försäkrade uppsåtligen har framkallaet ett försäkringsfall, är försäkringsbolaget fritt från ansvar.

Har den försäkrade begått självmord, ansvarar bolaget dock vid livförsäkring, om det har gått mer än et år från det att försäkringsavtalet ingicks eller om det måste antas att försäkringen tecknades utan tanke på självmordet. Om en tidsbegränsad försäkring som endast avser dödsfall har förnyats, räknas ettårstiden från dagen för det första avtalet.

Vid sjukförsäkring gäller inte första stycket, om den försäkrade var under femton år eller i sådant sinnestillstånd som avses i 30 kap. 6 § brottsbalken.

9 § Om den försäkrade, genom överträdelse av en säkerhetsföreskrift eller på annat sätt, av grov vårdslöshet har framkallaet ett försäkringsfall eller förvärrat en inträffad skada, kan försäkringsbolagets ansvar vid sjuk- och olycksfallsförsäkring sättas ned efter vad som är skäligt. Detta gällar dock inte, om den försäkrade var under femton år eller i sådant sinnestillstånd som avses i 30 kap. 6 § brottsbalken.

Som grov vårdslöshet skall vid tillämpning av första stycket anses att den försäkrade måste antas ha handlat eller underlåtit att handla i vetskap om at detta indebar en betydande risk för skada.

Kapitlet indeholder herudover generelle regler, som også gælder ved den forsikredes fremkaldelse af forsikringsbegivenheden.

Gemensamma bestämmelser

10 § Försäkringsbolaget kan inte åberopa sådana förbehåll som avses i 6 § eller bestämmelserna i 8 eller 9 §, om den försäkrade handlade för att förebygga skada på person eller egendom under sådana omständigheter att handlingen kan anses försvarlig.

11 § Vill försäkringsbolaget göra gällande att det i fall som avses i detta kapitel är helt eller delvis fritt från ansvar eller har rätt att säga upp en försäkring, skall bolaget ge försäkringstagaren skriftligt meddelande om detta. Meddelandet skall lämnas utan oskäligt dröjsmål från det att bolaget fick kännedom om det förhållande som medför att ansvarsfrihet eller uppsägningsrätt kan föreligga.

Meddelande enligt första stycket skall lämnas också till den försäkrade och till den som har fått försäkringen i pant eller är förmånstagare enligt ett oåterkalleligt förmånstagarförordnande, om

hans rätt är känd för bolaget. Efter ett försäkringsfall skall ett meddelande lämnas till den som är förmånstagare, även om förordnandet inte varit oåterkalleligt.

Försummar bolaget att lämna ett meddelande enligt första eller andra stycket, får bolaget inte åberopa förhållandet mot den som skulle ha fått meddelandet, om inte försäkringstagaren eller den försäkrade har förfarit svikligt eller i strid mot tro och heder.

12 § Reglerna i 1-4 §§ och 8-11 §§ tillämpas också på sådana försäkringsvillkor som enligt sin lydelse begränsar försäkringens omfattning, när begränsningen beror av

1. om någon på den försäkrades sida uppsåtligen eller genom vårdslöshet har medverkat till försäkringsfället eller på förhand känt till de förhållanden som orsakat detta, eller
2. om vissa försiktighetsmått som är ägnade att förebygga eller begränsa skada har underlåtits.

7.2.3. Finland

Den finske forsikringsaftalelov indeholder i 28-30 §§ regler om den sikredes, henholdsvis forsikredes fremkaldelse af forsikringsbegivenheden, hvorefter forsikringsselskabet er ansvarsfri ved forsætlig fremkaldelse af forsikringsbegivenheden, og erstatningen kan nedsættes eller bortfalde ved grov uagtsomhed.

28 § *(Framkallande av försäkringsfall vid personförsäkring)*

Försäkringsgivaren är fri från ansvar om den försäkrade har fremkallat försäkringsfallet uppsåtligen.

Om den försäkrade begår självmord ansvarar försäkringsgivaren dock för dennes livförsäkring om före självmordet har förflutit ett år från det försäkringsgivarens ansvar inträdde.

Har den som är försäkrad genom olycksfalls- eller sjukförsäkring framkallat försäkringsfallet av grov oaktsamhet, kan försäkringsgivarens ansvar sänkas enligt vad som är skäligt med beaktande av förhållandena.

29 § *(Försäkringsfall framkallat av den som är berättigad till försäkringsersättning vid personförsäkring)*

Om någon annan som inom personförsäkring är berättigad till försäkringsersättning än den försäkrade har framkallat försäkringsfallet uppsåtligen, är försäkringsgivaren fri från ansvar gentemot honom.

Den som har framkallat ett försäkringsfall av grov oaktsamhet eller i en sådan ålder eller ett sådant sinnestillstånd att han inte skulle kunna dömas til straff för brott, kan få ud försäkringsersättningen eller en del av den endast om detta anses skäligt med beaktande av de förhållanden under vilka försäkringsfallet har fremkallats.

Om den försäkrade har avlidit skall den del av försäkringsersättningen som inte utbetalas till den eller dem som framkallat försäkringsfallet utbetales till de övriga ersättningsberättigade.

30 § (Framkallande av försäkringsfall vid skadeförsäkring)

Försäkringsgivaren är fri från ansvar gentemot en försäkrad som har framkallat försäkringsfallet uppsåtligen.

Om den försäkrade har framkallat försäkringsfallet av grov oaktsamhet kan ersättningen til honom sänkas eller förvägras.

I försäkringsvillkoren för en skadeförsäkring kan dessutom föreskrivas att ersättningen till den försäkrade kan sänkas eller förvägras i det fall at den försäkrades bruk av alkohol eller något annat rusmedel varit en bidragande orsak till försäkringsfallet.

I samband med försäkring som tecknats för skadeståndsansvar (ansvarsförsäkring) är försäkringsgivaren trots att den försäkrade förfarit så som nämns i 2 eller 3 mom. skyldig att til en skadelidande fysisk person betale ut den del av ersättningen som den skadelidande inte har lyckats drive in hos den försäkrade.

Loven indeholder herudover i 33-34 og 36 §§ generelle regler om identifikation, vurderingen af om erstatningen skal nedsættes og betydningen af utilregnelighed mv., som også gælder ved fremkaldelse af forsikringsbegivenheden.

33 § *(Identifikation vid skadeförsäkring)*

Vad som ovan stadgas om den försäkrade i fråga om framkallande av försäkringsfall, säkerhetsföreskrifter eller räddningsplikt skall på motsvarande tillämpas på den som

1) med den försäkrades samtycke är ansvarig för ett försäkrat motordrivet fordon eller släpfordon, fartyg eller luftfartyg,
2) tillsammans med den försäkrade äger och nyttjar försäkrad egendom eller
3) bor i gemensamt hushåll med den försäkrade och använder försäkrad egendom tillsammans med honom.

Vad som oven stadgas om den försäkrade i fråga om iakttagande av säkerhetsföreskrifter skall på motsvaranda sätt tillämpas på den som på grund av ett arbets- eller tjänsteförhållande till försäkringstagaren skall sörja för att säkerhetsföreskrifterna iakttas.

34 § *(Sänkning eller förvägranda av ersättning vid skadeförsäkring)*

Vid prövningen av om ersättningen från en skadeförsäkring skall sänkas eller förvägras på någon grund som stadgas i detta kapitel, skall det beaktas vilken betydelse den omständighet, som den av försäkringstagaren eller den försäkrade lämnade oriktaga eller bristfälliga uppgiften gällt, eller det faktum att det skett en sådan förändring i förhållandena som medför ökad risk för skada eller att den försäkrade eller en person som avses i 33 § har gjort eller underlåtit att göra något har haft för uppkomsten av skadan. Dessutom skall beaktas eventuellt uppsåt hos försäkringstagaren, den försäkrade eller en person som avses i 33 §, eller arten av hans oaktsamhet samt förhållandena i övrigt.
...

36 § *(Otillräknelighet och nödläge)*

Försäkringsgivaren får inte för att undgå ansvar eller begränsa det åberopa stadgandena i detta kapitel, om den försäkrade när han fremkallade ett försäkringsfall eller när han åsidosatte en säkerhetsföreskrift eller räddningsplikten var yngre än tolv år eller befann sig i ett sådant sinnestillstånd att han inte skulle ha kunnat dömas till straff för brott. Vad som stadgas här skall inte tillämpas i det fall som avses i 28 § 2 mom. [om selskabets ansvar ved personforsikringer, når forsikrede har begået selvmord].

Försäkringsgivaren får inte säga upp en skadeförsäkring med stöd av 15 § 1 mom. 3 eller 4 punkten [opsigelse på grund af forsætlig eller grov uagtsom tilsidesættelse af en sikkerhedsforeskiftt eller fremkaldelse af forsikringsbegivenheden] eller för att undgå eller begränsa sitt ansvar åberopa stadgandena i detta kapitel heller i det fall at den försäkrade, när han fremkallade ökningen av risken eller försäkringsfallet eller åsidosatte en säkerhetsföreskrift eller räddningsplikten, handlade i syfte att hindra person- eller egendomsskada under sådana förhållanden att försummelsen eller åtgärden kunde försvaras.

Vad denna paragraf stadgar om den försäkrade skall tillämpas även på den som avses i 33 §.

7.3. Udvalgets overvejelser

Efter det for udvalget oplyste giver forsikringsaftalelovens regler om den sikredes fremkaldelse af forsikringsbegivenheden ikke i praksis anledning til problemer, som er egnet til nærmere regulering i loven.

Hovedparten af sagerne ved domstolene og Ankenævnet for Forsikring vedrører således spørgsmålet om, hvorvidt forsikringsbegivenheden er fremkaldt forsætligt eller ved grov uagtsomhed. Dette må afgøres efter en konkret vurdering af den enkelte sags omstændigheder. Efter udvalgets opfattelse bør det som hidtil overlades til domstolene og Ankenævnet for Forsikring at fastlægge, hvornår der foreligger forsæt eller grov uagtsomhed. Det bemærkes i den forbindelse, at der i dag findes en række nyere afgørelser fra Højesteret, der nærmere belyser, hvornår der er tale om grov uagtsomhed, jf. kapitel 7.1. ovenfor.

Forsikringsaftaleloven indeholder ikke generelle regler om, i hvilket omfang der kan ske identifikation mellem sikrede og en anden person, som har fremkaldt forsikringsbegivenheden. Efter udvalgets opfattelse bør også den nærmere fastlæggelse heraf som hidtil foretages af domstolene og Ankenævnet for Forsikring.

---

1. Kommissionsudkastet, side 51, og Preben Lyngsø: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 129 f.

2. Kommissionsudkastet, side 50 f.

3. Ivan Sørensen: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 95, og Preben Lyngsø: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 130 f.

4. Ivan Sørensen antager, at reglen er ufravigelig, bl.a. under henvisning til, at dækning af forsætlige skader næppe vil være en lovlig interesse efter § 35, jf. Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 81. Preben Lyngsø antager derimod, at reglen er fravigelig, jf. Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 126. Se også Kommissionsudkastet, side 50.

5. Forsætsbegrebet er behandlet nærmere bl.a. i Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 133 ff., og Preben Lyngsø: Dansk forsikringsret, side 201 ff.

6. Begrebet grov uagtsomhed er behandlet nærmere bl.a. i Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 144 ff., samme i FEST 2000.259 og Preben Lyngsø: Dansk forsikringsret, side 224 ff.

7. Kommenteret af Jørgen Nørgaard i UfR 1996B.191.

8. Jørgen Nørgaard anfører i UfR 2001B.475 (side 476), at dommen indeholdt et begivenhedsforløb, der som det ret ofte vil være tilfældet i færdselssager ikke gør det nærliggende at anvende kriteriet indlysende fare , som passer bedre på situationer, hvor sikrede har tid og anledning til at tænke over en adfærd og dennes mulige følger. Se også Ivan

Sørensen: Forsikringsret, side 146.

9. Kommissionsudkastet, side 53 f., og Preben Lyngsø: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 117.

10. Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 240 f., og Preben Lyngsø: Dansk forsikringsret, side 261 ff.

11. Se herom f.eks. Ivan Sørensen: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 100 ff.

12. Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 163.

13. Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 163 f.

14. Tilsvarende afgørelser findes f.eks. i AKF 52.487 (FED 2000.2222) og AKF 44.938 (FED 1998.1060.

15. NOU 1987:24, side 100.

16. Ds 1993:39, side 241.

Kapitel 8. Anmeldelse af forsikringsbegivenheden

8.1. Gældende ret

Forsikringsaftalelovens §§ 21-23 indeholder reglerne om den sikredes pligter, når forsikringsbegivenheden er indtrådt. § 21 fastlægger sikredes pligt til at anmelde forsikringsbegivenheden og virkningen af, at der ikke sker rettidig anmeldelse.

§ 21. Er forsikringsbegivenheden indtrådt, skal den sikrede uden ophold give selskabet meddelelse derom, hvis han i den anledning vil rejse krav mod dette.
Stk. 2. Forsømmer den sikrede dette, er selskabet ikke ansvarlig i videre omfang, end det ville have været, hvis sådan meddelelse var givet. Gøres det antageligt, at selskabet på grund af forsømmelsen er blevet afskåret fra at oplyse omstændigheder, som ville ophæve eller begrænse dets ansvar, afgøres det under hensyn til de foreliggende omstændigheder, om erstatning skal ydes, og i bekræftende fald med hvilket beløb.
Stk. 3. Er det aftalt, at den sikrede angående begivenheder, for hvis følger selskabet er ansvarligt, skal foretage anmeldelse, selv om sådan følge endnu ikke er indtrådt, finder ovenstående bestemmelse tilsvarende anvendelse.
Stk. 4. Det kan ikke med retsvirkning aftales, at strengere følger end her foreskrevet skal indtræde, hvis den sikrede eller andre undlader at give selskabet meddelelse af den ovenfor nævnte art. Denne bestemmelse gælder ikke for tyveri-, garanti-, haglskade- og kreaturforsikring samt skadesforsikring af motorkøretøjer.

Efter § 21, stk. 1, skal anmeldelse af forsikringsbegivenheden ske uden ophold , dvs. så snart som muligt. Der er ikke efter forsikringsaftaleloven formkrav til denne anmeldelse, men forsikringsbetingelserne kan indeholde regler herom, f.eks. krav om at anmeldelsen skal ske skriftligt.

Hvis den sikrede ikke anmelder forsikringsbegivenheden så snart som muligt, skal forsikringsselskabet efter § 21, stk. 2, stilles, som om der var sket rettidig anmeldelse. Hvis

selskabet ved rettidig anmeldelse f.eks. kunne have foretaget foranstaltninger, som ville have mindsket skadens omfang, skal erstatningen nedsættes med et beløb svarende til det tab, som kunne have været undgået.[1]

Det er en betingelse for nedsættelse eller bortfald af erstatningen efter § 21, stk. 2, at der er tale om forsømmelse fra sikredes side, dvs. at han eller hun har handlet forsætligt eller uagtsomt (simpel uagtsomhed er tilstrækkeligt). Det er således en forudsætning, at sikrede vidste eller burde vide, at forsikringsbegivenheden var indtrådt.

Det er som udgangspunkt selskabet, som skal bevise, at det ville have været bedre stillet, hvis anmeldelsen af forsikringsbegivenheden var sket rettidigt. § 21, stk. 2, 2. pkt., indeholder imidlertid en mulighed for skønsmæssigt at nedsætte erstatningen, hvis det gøres antageligt , at selskabet er blevet afskåret fra at oplyse omstændigheder, som ville have begrænset dets ansvar. Hensigten med denne regel har været at begrænse uheldige virkninger for selskabet, der vil kunne have vanskeligt ved at løfte bevisbyrden for, at det er blevet ringere stillet som følge af, at anmeldelsen ikke er sket rettidigt.[2] Efter retspraksis synes der dog at skulle meget til, før selskabet har løftet bevisbyrden (gjort antageligt efter § 21, stk. 2, 2. pkt.).[3]

I UfR 1990.897 H blev det i september 1983 opdaget, at der havde været indbrud i en lagerbygning, men sikrede undlod at undersøge, om et kostbart radaranlæg fortsat var tilstede. Det blev således først 3 måneder senere konstateret, at raderanlægget var blevet stjålet, hvorefter der skete anmeldelse til forsikringsselskabet. Retten fandt, at anmeldelse ikke var sket uden ugrundet ophold, og at dette kunne tilregnes sikrede som i hvert fald uagtsomt. Det fandtes imidlertid ikke antageliggjort, at selskabet som følge heraf var blevet afskåret fra at oplyse omstændigheder, som ville ophæve eller begrænse dets ansvar, jf. § 21, stk. 2, 2. pkt.

§ 21, stk. 3, vedrører anmeldelse af begivenheder, for hvis følger selskabet er ansvarlig. Det kan f.eks. være en hesteforsikring, som skal dække, hvis et dyr afgår ved døden, og hvor det i forsikringsbetingelserne er bestemt, at der skal gives meddelelse til forsikringsselskabet, hvis dyret bliver sygt. I denne situation er sygdommen ikke forsikringsbegivenheden, men sygdommen kan resultere i, at forsikringsbegivenheden (dyrets død) indtræder. Reglen har næppe større betydning i praksis.[4]

§ 21 kan ikke ved aftale fraviges til skade for den sikrede, jf. § 21, stk. 4. Der har tidligere været rejst spørgsmål om, hvorvidt vilkår i forsikringsbetingelserne, som fastsætter en frist for anmeldelse af forsikringsbegivenheden ved forsikringens ophør, er i overensstemmelse med § 21, stk. 4.[5]

I UfR 1993.893 H er det imidlertid fastslået, at en rimelig anmeldelsesfrist ved forsikringens

ophør ikke er i strid med § 21, stk. 4, men er udtryk for en gyldig objektiv afgrænsning af forsikringsdækningen i hvert fald i det omfang det pågældende vilkår er almindeligt anvendt i forsikringsbranchen.

Dommen vedrører et vilkår i en svampeforsikring, hvorefter forsikringen kun dækker, hvis forsikringsbegivenheden (svampeangreb) er anmeldt i forsikringstiden og indtil 3 måneder efter forsikringens ophør. Højesterets flertal fandt, at vilkåret ikke er i strid med § 21, stk. 4, og lagde vægt på, at vilkåret er almindeligt ved svampeforsikringer, at vilkåret ikke i øvrigt regulerer, hvornår forsikringsbegivenheden skal anmeldes, at vilkåret giver den sikrede en rimelig periode efter forsikringens ophør til at konstatere og anmelde eventuelle skader, at formålet med vilkåret må antages at være at foretage en klar afgrænsning af selskabets ansvar ved forsikringens ophør ikke at fremskynde indgivelse af skadesanmeldelse, og at forsikringsselskabet har en anerkendelsesværdig interesse i en sådan tidsmæssig afgrænsning.[6]

I UfR 1994.725 Ø var det i forsikringsbetingelserne for en erhvervsansvarsforsikring bestemt, at kravet skulle anmeldes til forsikringsselskabet i forsikringstiden, dvs. at der ikke var nogen frist for anmeldelse efter forsikringens ophør. Landsretten udtalte, at selskabet for så vidt havde en anerkendelsesværdig interesse i at foretage en klar tidsmæssig afgrænsning af dets forpligtelser ved forsikringens ophør, men fandt samtidig, at dette hensyn antagelig ville kunne varetages tilstrækkeligt ved fastsættelse af en vis kortere anmeldelsesfrist efter forsikringens ophør, f.eks. 3 eller 6 måneder. Under henvisning til, at anmeldelse først var sket ca. 1 år og 3 måneder, efter at sikrede over for skadelidte havde anerkendt erstatningsansvaret, og mere end 7 måneder, efter at erstatningskravet var opgjort, fandt landsretten dog ikke anledning til at tage stilling til, om forsikringsvilkåret kunne tilsidesættes og erstattes med en fristbestemmelse. Forsikringen var ophørt ca. 6½ måned før anmeldelsen til selskabet.

I FED 2001.805 V[7] anerkendte Vestre Landsret et vilkår i en ansvarsforsikring om, at forsikringen ikke dækker krav, som anmeldes mere end 3 måneder efter forsikringens ophør.

Efter forsikringsaftalelovens § 22 skal den sikrede som udgangspunkt give forsikringsselskabet alle de oplysninger, som kan være af betydning for vurderingen af selskabets ansvar mv.

§ 22. Den sikrede skal, hvis han rejser krav mod selskabet, give dette alle ham tilgængelige oplysninger om forhold, som kan være af betydning for bedømmelsen af forsikringsbegivenheden, for fastsættelsen af det beløb, selskabet skal yde, eller for de dækningskrav, selskabet måtte have mod andre.
Stk. 2. Forsømmer den sikrede at give sådanne oplysninger, har dette den i § 21, 2det stykke, angivne virkning.

Sikrede har alene pligt til at give selskabet de ham tilgængelige oplysninger , dvs. oplysninger

som sikrede kan skaffe uden væsentlige udgifter eller ulejlighed. Ønsker selskabet oplysninger, som sikrede kun kan skaffe ved at afholde væsentlige udgifter, må selskabet selv fremskaffe oplysningerne eller i hvert fald betale den sikrede, hvad det koster ham eller hende at fremskaffe dem.[8]

Hvis den sikrede tilsidesætter sin oplysningspligt efter § 22, stk. 1, og dette kan tilregnes den pågældende som forsætligt eller uagtsomt (forsømmer), kan der indtræde de retsvirkninger, som fremgår af § 21, stk. 2, dvs. at selskabet skal stilles, som om de nødvendige oplysninger var givet.

I UfR 1975.329 ASR undlod sikrede for at undgå indblanding af politiet at oplyse, at det var hendes mindreårige søn, som havde ført en bil, der blev totalskadet. Det daværende Assurandør-Societetet udtalte, at forsikringsselskabet havde været forpligtet til at erstatte skaden, selv om det allerede i skadesanmeldelsen havde været oplyst, at det var sønnen, der kørte bilen. Det havde således ikke forringet selskabets retsstilling, at dette først senere blev oplyst, og selskabet var forpligtet til at dække skaden.

I FED 1994.424 Ø skete der skønsmæssig nedsættelse af erstatningen i medfør af § 22, stk. 2, som følge af utilstrækkelige oplysninger fra sikrede om værdien af et beskadiget varelager.

Endelig regulerer forsikringsaftalelovens § 23 den situation, at det i forsikringsbetingelserne er fastsat, at den sikrede mister retten til forsikringsydelsen, hvis den pågældende svigagtigt afgiver urigtige oplysninger (forsikringssvig).

§ 23. Er det vedtaget, at den sikrede, hvis han svigagtigt opgiver eller fortier en omstændighed, der er af betydning for bedømmelsen af selskabets ansvar, skal miste den ret til forsikringsydelsen, som han ellers ville have haft, kan retten under hensyntagen til de omstændigheder, under hvilke det svigagtige forhold har fundet sted, afgøre, at forsikringsydelsen uanset aftalen helt eller delvis skal erlægges.
Stk. 2. Er oplysning eller undladelse af at give oplysning ikke sket i svigagtig hensigt, har dette uanset modstående aftale ikke anden virkning end den i § 21, 2det stykke, angivne.

Efter § 23, stk. 1, er der en skønsmæssig adgang til at tildele den sikrede hel eller delvis erstatning ved (forsøg på) forsikringssvig, uanset modstående aftale herom. Det vil ofte være nærliggende at tilkende sikrede erstatning for den skade, der rent faktisk er sket.[9] Hvis den sikrede svigagtigt har opgjort skaden til 10.000 kr., men det viser sig, at den kun kan opgøres til 6.000 kr., vil den pågældende i givet fald få tilkendt en erstatning på 6.000 kr.

8.2. Reglerne i de andre nordiske lande

8.2.1. Norge

Efter den norske forsikringsaftalelovs § 4-10, stk. 3 (skadesforsikring), og § 13-11 (personforsikring) skal forsikringsbegivenheden uden ugrundet ophold anmeldes til forsikringsselskabet.

§ 4-10. *(sikredes plikt til å avverge og gi melding om forsikringstilfelle)*

Er det overhengende fare for at et forsikringstilfelle vil inntreffe, eller er et forsikringstilfelle inntruffet, skal sikrede gjøre det som med rimelighet kan ventes av ham eller henne for å avverge eller begrense tapet.

Må sikrede forstå at selskapet kan få et regresskrav mot tredjeperson, skal sikrede gjøre det som er nødvendig for å sikre kravet inntil selskapet selv kan vareta sitt tarv.

Er forsikringstilfellet inntruffet, skal sikrede uten ugrunnet ophold melde fra til selskapet.

Er det oppstått skade eller tap som følge av at sikrede forsettlig eller grovt uaktsomt har satt til side sine plikter etter første, annet eller tredje ledd, kan selskapets ansvar settes ned eller falle bort. Ved avgjørelsen skal det legges vekt på skyldgraden, skadeforløpet og forholdene ellers.
...

§ 13-11. *(melding om forsikringstilfellet)*

Er forsikringstilfellet inntruffet, skal enhver som mener å ha et krav mot selskapet, uten ugrunnet opphold melde fra til det.

Er selskapet blitt avskåret fra å undersøke forhold omkring forsikringstilfellet av betydning for selskapets ansvar eller fra å treffe tiltak som ville ha begrenset skaden, fordi noen som nevnt i første ledd forsettlig eller grovt uaktsomt har forsømt meldeplikten, kan selskapets ansvar overfor vedkommende settes ned eller falle bort.

Efter de nævnte bestemmelser kan selskabets ansvar helt eller delvist bortfalde, hvis sikrede forsætligt eller groft uagtsomt har undladt at foretage rettidig anmeldelse af forsikringsbegivenheden.

De regler i § 4-11-§ 4-14 samt § 13-10 og § 13-13, der er beskrevet ovenfor i kapitel 7.2.1., om bl.a. identifikation, hensyntagen til sikredes livsforhold ved afgørelsen af, om erstatningen skal nedsættes, og om forsikringsselskabets pligt til at give meddelelse, hvis det vil påberåbe sig sikredes tilsidesættelse af sine pligter mv., gælder også ved tilsidesættelse af reglerne om

anmeldelse af forsikringsbegivenheden.

Efter § 8-1 (skadesforsikring) og § 18-1 (personforsikring) skal sikrede give selskabet de oplysninger, som er tilgængelige for ham eller hende, og som er nødvendige for, at selskabet kan vurdere sit ansvar mv. Hvis sikrede svigagtigt afgiver urigtige oplysninger med henblik på at opnå en erstatning, som han eller hun ikke har krav på, mister den pågældende som udgangspunkt ethvert erstatningskrav mod selskabet i anledning af samme hændelse.

§ 8-1. *(sikredes opplysningsplikt ved skadeoppgjør)*

Ved oppgjør skal sikrede gi selskapet de opplysninger og dokumenter som er tilgjengelige for sikrede, og som selskapet trenger for å beregne sitt ansvar og utbetale erstatningen.

Gir sikrede ved skadeoppgjøret bevisst uriktige eller ufullstendige opplysninger som sikrede vet eller må forstå kan føre til at sikrede får utbetalt en erstatning han eller hun ikke har krav på, mister sikrede ethvert erstatningskrav mot selskapet etter denne og andre forsikringsavtaler i anledning samme hendelse. Hvis sikredes forhold bare er lite klanderverdig, bare angår en liten del av kravet, eller hvis det ellers foreligger særlige grunner, kan sikrede likevel få delvis erstatning. § 4-14 [om selskabets pligt til at give meddelelse, hvis det vil påberåbe sig sine rettigheder] gjelder tilsvarende.

I tilfeller som nevnt i annet ledd kan selskapet si opp enhver forsikringsavtale det har med sikrede med en ukes varsel. § 3-3 annet ledd første, annet og fjerde punktum [om fremgangsmåden mv. ved opsigelse] gjelder tilsvarende.
...

§ 18-1. *(opplysningsplikten ved erstatningsoppgjøret)*

Den som vil fremme krav mot selskapet, skal gi selskapet de opplysninger og dokumenter som er tilgjengelige for ham eller henne, og som selskapet trenger for å kunne ta stilling til kravet og utbetale forsikringsbeløpet.

Den som ved skadeoppgjøret gir uriktige eller ufullstendige opplysninger som han eller hun vet eller må forstå kan føre til at det blir utbetalt erstatning han eller hun ikke har krav på, mister ethvert erstatningskrav mot selskapet etter denne og andre forsikringsavtaler i anledning samme hending. Dersom forholdet bare er lite klanderverdig, bare angår en liten del av kravet eller dersom det ellers foreligger særlige grunner, kan han eller hun likevel få delvis erstatning. § 13-3 [om selskabets pligt til at give meddelelse, hvis det vil påberåbe sig sine rettigheder] gjelder tilsvarende.

I tilfeller som nevnt i annet ledd kan selskapet si opp enhver forsikringsavtale det har med vedkommende med en ukes varsel. § 12-4 tredje ledd første, annet og fjerde punktum [om fremgangsmåden mv. ved opsigelse] gjelder tilsvarende.

8.2.2. Sverige

Den svenske forsikringsaftalelov indeholder i 21-23 §§ regler om anmeldelse af forsikringsbegivenheden, som i vidt omfang svarer til reglerne i den danske forsikringsaftalelov.

21 § Den, som vill hos försäkringsgivaren framställa anspråk på grund av inträffat försäkringsfall, skall utan uppskov giva honom meddelande om försäkringsfallet. Försummas det, och kan det antagas, att försummelsen länt försäkringsgivaren till men, vare denne i mån därav berättigad till skäligt avdrag å försäkringsbelopp, som eljest bort utgå, eller till fullständig befrielse från ansvarighet.

Lag samma vare, där enligt avtalet meddelande om händelse, som kan medföra försäkringsfall, skall givas innan försäkringsfall inträffat, men sådant meddelande ej äger rum.

Förbehåll, enligt vilket underlåtenhet att giva försäkringsgivaren sådant meddelande, som här avses, skulle medföra, att försäkringsgivarens ansvarighet inskränkes utöver vad nu är sagt, må ej av försäkringsgivaren åberopas.

22 § Den, som gör gällande anspråk på grund av inträffat försäkringsfall, åligger att för utredning av fråga, som är av betydelse för bedömande av försäkringsfallet och försäkringsgivarens ansvarighet, tillhandahålla denne handling, som finnes tillgänglig, och tillhandagå med andra upplysningar, som stå till buds. För försummelse härav vare påföljd som i 21 § första stycket sägs.

23 § Har förbehåll träffats, att den, som efter inträffat försäkringsfall svikligen uppgivit, förtegat eller fördolt något förhållande av betydelse för försäkringsfallets bedömande, skall vara förlustig rätt, som eljest på grund av försäkringsfallet skolat tillkomma honom, må, utan hinder av förbehållet, med beaktande av de omständigheter, under vilka det svikliga förfarandet ägt rum, kunna bestämmas, att försäkringsbeloppet eller någon del därav bör gäldas.

Förbehåll, enligt vilket oriktig uppgift eller underlåtenhet att lämna uppgift eller att tillhandagå med utredning skulle, i fall då förfarandet ej varit svikligt, utöva inverkan å försäkringsgivarens ansvarighet i vidare mån än som följer av 22 §, må ej av denne åberopas.

Konsumentförsäkringslagen indeholder ikke særlige regler om anmeldelse af

forsikringsbegivenheden. Efter 31 § kan erstatningen dog nedsættes, hvis den sikrede forsætligt eller uagtsomt tilsidesætter sine forpligtelser i henhold til forsikringsaftalen, herunder vilkår som indeholder frister for anmeldelse af forsikringsbegivenheden.

31 § Har den försäkrade uppsåtligen eller genom oaktsamhet åsidosatt sina åligganden enligt försäkringsvillkoren, kan ersättning från försäkringen sättas ned såvitt gäller honom. Nedsättningen görs efter vad som är skäligt med hänsyn till försummelsens betydelse för försäkringsfallet och för omfattningen av skadan samt till den försäkrades uppsåt eller oaktsamhet och omständigheterna i övrigt.

Med den försäkrade jämställs annan som har handlat med hans samtycke. Också den som beträffande försäkrad egendom har en väsentlig ekonomisk gemenskap med den försäkrade jämställs med denne. Detsamma gäller den som i den försäkrades ställe eller tillsammans med denne har haft tillsyn över försäkrad egendom, om förbehåll om detta har gjorts i försäkringsvillkoren.

Herudover findes i 34 § en regel om nedsættelse af erstatningen, hvis sikrede forsætligt eller groft uagtsomt afgiver urigtige oplysninger af betydning for vurderingen af retten til erstatning.

34 § Har den ersättningsberättigade efter ett försäkringsfall uppsåtligen eller genom grov vårdslöshet oriktigt uppgett eller förtigit eller dolt något av betydelse för bedömningen av hans rätt till ersättning från försäkringen, kan den ersättning som han annars skulle ha varit berättigad till sättas ned efter vad som är skäligt med hänsyn till omständigheterna.

Det seneste udkast til en ny svensk forsikringsaftalelov indeholder i 8 kap. 2 § (skadesforsikringer) og 17 kap. 3 § (personforsikringer) regler om virkningen af, at sikrede tilsidesætter bestemmelser i forsikringsvilkårene om frister for at anmelde forsikringsbegivenheden eller om oplysningspligt i forbindelse med fastlæggelsen af selskabets ansvar.

[8 kap.] *Försummelse att anmäla försäkringsfall m.m.*

2 § Om den försäkrade har försummat att följa försäkringsvillkor om skyldighet att anmäla försäkringsfall till försäkringsbolaget inom viss tid eller om skyldighet att medverka till utredningen av försäkringsfallet eller bolagets ansvar och försummelsen har medfört skada för bolaget, kan den ersättning som annars skulle ha betalats till honom sättas ned efter vad som är skäligt med hänsyn till omständigheterna. I den mån försäkringsbolaget vid ansvarsförsäkring betalat ut ersättning till den skadelidande enligt 4 kap. 9 § tredje stycket, gäller dock i stället att bolaget får av den försäkrade återkräva en skälig del av vad bolaget har utgett.

Första stycket tillämpas inte, om den försäkrades oaktsamhet varit endast ringa.
...

[17 kap.] *Försummelse att anmäla försäkringsfall m.m.*

3 § Om försäkringstagaren eller den försäkrade har försummat att följa föreskrifter i försäkringsvillkoren om skyldighet att anmäla försäkringsfall till försäkringsbolaget inom viss tid eller om skyldighet att medverka till utredningen av försäkringsfallet eller bolagets ansvar och försummelsen har medfört skada för bolaget, kan den ersättning som annars skulle ha betalats från försäkringen sättas ned efter vad som är skäligt med hänsyn till omständigheterna. Har någon annan på något sådant sätt orsakat skada för bolaget, kan den ersättning som annars skulle ha betalats till honom sättas ned efter ved som är skäligt med hänsyn till omständigheterna.

Endvidere indeholder udkastet i 8 kap. 3 § (skadesforsikringer) og 17 kap. 4 § (personforsikringer) en regel om de tilfælde, hvor sikrede forsætligt eller groft uagtsomt afgiver urigtige oplysninger af betydning for vurderingen af retten til erstatning:

[8 kap.]

3 § Om den försäkrade eller någon annan som kräver ersättning av försäkringsbolaget efter ett försäkringsfall uppsåtligen eller av grov vårdslöshet har oriktigt uppgett eller förtigit eller dolt något av betydelse för bedömningen av rätten till ersättning från försäkringen, kan den ersättning som annars skulle ha betalats till honom sättas ned efter vad som är skäligt med hänsyn till omständigheterna.

[17 kap.]

4 § Om den försäkrade eller någon annan som kräver ersättning av försäkringsbolaget efter ett försäkringsfall uppsåtligen eller av grov vårdslöshet har oriktigt uppgett eller förtigit eller dolt något av betydelse för bedömningen av rätten till försäkringsersättning, kan den ersättning som annars skulle ha betalats till honom sättas ned eller bortfalla efter vad som är skäligt med hänsyn till omständigheterna.

8.2.3. Finland

Den finske forsikringsaftalelov indeholder ikke særlige regler om anmeldelse af forsikringsbegivenheden.

Med hensyn til den sikredes pligt til give oplysninger vedrørende fastlæggelsen af selskabets

ansvar indeholder 69 § følgende regel:

69 § *(Ersättningssökandens skyldighet att lämna utredning)*

Den som söker ersättning skall till försäkringsgivaren överlämna de handlingar och uppgifter som behövs för utredning av försäkringsgivarens ansvar och som skäligen kan krävas av honom med beaktande av försäkringsgivarens möjligheter att skaffa utredning.

Efter 72 § er der endvidere en skønsmæssig adgang til at nedsætte erstatningen, hvis den sikrede svigagtigt har afgivet urigtige oplysninger af betydning for vurderingen af erstatningsspørgsmålet mv.

72 § *(Oriktiga upplysningar efter ett försäkringsfall)*

Om den som söker ersättning efter ett försäkringsfall svikligen har lämnat försäkringsgivaren oriktiga eller bristfälliga upplysningar som är av betydelse för utredningen av försäkringsfallet och försäkringsgivarens ansvar, kan ersättningen till honom sänkas eller förvägras enligt vad som är skäligt med hänsyn till förhållandena.

8.3. Udvalgets overvejelser

Som det fremgår af kapitel 8.1. ovenfor, har sikrede efter de gældende regler i forsikringsaftaleloven pligt til så hurtigt som muligt at anmelde forsikringsbegivenheden til forsikringsselskabet og i et vist omfang pligt til at medvirke til oplysning af erstatningsspørgsmålet.

Efter det for udvalget oplyste giver reglerne om anmeldelse af forsikringsbegivenheden ikke i dag anledning til nævneværdige problemer i praksis.

Det har tidligere givet anledning til tvivl, om forsikringsaftalelovens § 21, stk. 4, er til hinder for, at der i forsikringsbetingelserne findes vilkår om anmeldelsesfrister ved forsikringens ophør. Ved UfR 1993.893 H må det imidlertid anses for fastslået, at sådanne vilkår ikke er i strid med § 21, stk. 4 i hvert fald ved forsikringstyper, hvor de pågældende vilkår er almindeligt anvendt.

Vilkår om anmeldelsesfrister ved forsikringens ophør anses således for at indeholde en objektiv tidsmæssig afgrænsning af forsikringsdækningen. Som påpeget i retspraksis har forsikringsselskabet generelt en anerkendelsesværdig interesse i en sådan afgrænsning, og forsikringstageren har i forbindelse med forsikringens ophør en naturlig tilskyndelse til at gøre sig klart, om der inden ophøret er sket forsikringsbegivenheder, som skal anmeldes til selskabet.

Anvendelsen af sådanne vilkår må efter udvalgets opfattelse forudsætte, at sikrede har en rimelig frist efter forsikringens ophør til at anmelde forsikringsbegivenheden. Dette er også fastslået i retspraksis, og domstolene må som udgangspunkt antages at ville tilsidesætte et vilkår om anmeldelsesfrister ved forsikringens ophør, hvor sikrede ikke har en rimelig frist til at anmelde forsikringsbegivenheden, jf. herved Højesterets begrundelse i UfR 1993.893 H refereret ovenfor i kapitel 8.1.

Det bemærkes, at landsretten i UfR 1994.725 Ø, som er nævnt ovenfor i kapitel 8.1., med en helt konkret begrundelse ikke fandt anledning til at tage stilling til et vilkår, hvor der ikke var en anmeldelsesfrist efter forsikringens ophør, idet der under alle omstændigheder var tale om (for) sen anmeldelse af forsikringsbegivenheden. Landsretten gav dog samtidig mere generelt udtryk for, at forsikringsselskabets interesse i en klar tidsmæssig afgrænsning af dets forpligtelser antagelig vil kunne varetages tilstrækkeligt ved fastsættelse af en vis kortere anmeldelsesfrist efter forsikringens ophør.

Udvalget finder på denne baggrund ikke grundlag for at foreslå ændringer af § 21 om anmeldelse af forsikringsbegivenheden.

Udvalget har overvejet, om der bør indføres en regel vedrørende den særlige situation, hvor sikrede uden rimelig grund undlader at følge en rettidig anmeldelse af forsikringsbegivenheden op med et konkret erstatningskrav mod selskabet. Det kan f.eks. være tilfældet, hvis sikrede har anmeldt en mindre skade på sit hus, men derefter undlader inden for rimelig tid at iværksætte reparationsarbejder og derfor ikke rejser et konkret erstatningskrav mod selskabet. Efter det for udvalget oplyste optræder de her nævnte sager i et vist omfang i praksis, men der er tale om et begrænset problem.

De nævnte tilfælde omfattes næppe af forsikringsaftalelovens § 22, som vedrører sikredes oplysningspligt i forbindelse med, at der faktisk fremsættes et krav mod selskabet. Et eventuelt senere krav mod selskabet vil dog kunne være forældet efter forsikringsaftalelovens § 29, jf. kapitel 10.1.2. nedenfor. Endvidere vil kravet muligvis efter omstændighederne kunne anses for bortfaldet ud fra en almindelig passivitetsbetragtning.

Hertil kommer, at forsikringsselskabet har mulighed for at meddele den sikrede, at selskabet på det foreliggende grundlag ikke foretager sig videre i anledning af den anmeldte skade. Dette indebærer dog ikke, at selskabet alene under henvisning til denne tilkendegivelse kan afvise et eventuelt senere krav fra sikrede.

På denne baggrund, og da der ikke på nuværende tidspunkt foreslås ændringer af reglerne om forældelse af forsikringskrav, jf. kapitel 10.3. nedenfor, har udvalget ikke fundet grundlag for at foreslå regler om denne særlige situation.

1. Preben Lyngsø: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 142.

2. A. Drachmann Bentzon og Knud Christensen (2. udgave, 1952 og 1954): Lov om forsikringsaftaler, side 132.

3. Ivan Sørensen: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 107.

4. Ivan Sørensen: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 109.

5. Se herom bl.a. Preben Lyngsø i UfR 1990B.134, Jørgen Nørgaard i UfR 1990B.210 og Ivan Sørensen i UfR 1993B.275.

6. Dommen er kommenteret af Per Walsøe i UfR 1994B.270. Dommen er endvidere behandlet bl.a. i Ivan Sørensen: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 107 ff., og samme: Forsikringsret, side 236 ff., samt af Peter de Neergaard i UfR 2001B.443 og Jørgen Nørgaard i UfR 2001B.475 (side 476 f.).

7. Omtalt hos Peter de Neergaard i UfR 2001B.443.

8. Preben Lyngsø: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 145.

9. Kommissionsudkastet, side 57, Ivan Sørensen: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 113, og Preben Lyngsø: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 147.

Kapitel 9. Selskabets betalingspligt, renter mv.

9.1. Gældende ret

Forsikringsaftalelovens § 24 fastlægger, hvornår forsikringsydelsen kan kræves betalt og forrentet.

§ 24. Forsikringsydelsen kan fordres betalt 14 dage efter, at selskabet har været i stand til at indhente de oplysninger, der er fornødne til bedømmelse af forsikringsbegivenheden og fastsættelse af forsikringsydelsens størrelse. Er det, forinden endelig opgørelse kan finde sted, givet, at selskabet i alt fald skal betale en del af det krævede beløb, kan denne del forlanges udbetalt overensstemmende med reglerne i 1ste punktum.

Stk. 2. Beløbet skal af selskabet forrentes fra forfaldstiden med en årlig rente, der svarer til den til enhver tid fastsatte officielle diskonto med et tillæg på 6 pct.[1] Justitsministeren kan hvert andet år efter forhandling med Danmarks Nationalbank og økonomiministeren ændre renten.

Stk. 3. Det kan ikke med retsvirkning vedtages, at forfaldstiden skal være afhængig af nogen beslutning af selskabet eller deraf, at dette ved dom er tilpligtet at betale.

Formålet med reglen er navnlig at tilskynde forsikringsselskabet til en hurtig behandling af sikredes krav på forsikringsydelsen.

Reglen omhandler alene sikredes krav mod selskabet på forsikringsydelsen og ikke f.eks. selskabets krav på betaling af præmie. Det er uafklaret, i hvilket omfang reglen finder anvendelse på skadelidtes krav direkte mod skadevolderens ansvarsforsikring.[2] I retspraksis er § 24 dog i flere tilfælde blevet anvendt på skadelidtes krav i henhold til en lovpligtig ansvarsforsikring.

I UfR 1972.648 V og UfR 2001.1143 V er § 24 anvendt på skadelidtes erstatningskrav i

henhold den lovpligtige ansvarsforsikring for motorkøretøjer. I den sidstnævnte afgørelse henviser landsretten til, at forsikringsselskabet efter færdselsloven hæfter umiddelbart over for skadelidte, hvis krav derfor må anses for omfattet af § 24 eller dennes analogi. Med samme begrundelse er § 24 anvendt på skadelidtes krav i henhold til en lovpligtig hundeansvarsforsikring, jf. UfR 1993.725 Ø.

Forsikringsselskabet har efter § 24, stk. 1, en handlingstid på 14 dage efter det tidspunkt, hvor det har været i stand til at indhente de oplysninger, der er nødvendige for, at det kan tage stilling til sit ansvar og erstatningens størrelse. Hvis selskabet efter anmeldelse af forsikringsbegivenheden har behov for yderligere oplysninger for at kunne vurdere kravet på forsikringsydelsen, indtræder forfaldstiden først 14 dage efter, at disse oplysninger har kunnet indhentes.

Det er som udgangspunkt alene mangel på faktiske oplysninger, der kan udskyde selskabets betalingspligt, f.eks. hvis der er behov for supplerende oplysninger fra sikrede eller for sagkyndige udtalelser. I visse tilfælde kan også oplysninger om retlige forhold dog udskyde forfaldsdagen.

I UfR 1976.547 H var der rejst tiltale mod sikrede for forsøg på forsikringsbedrageri. Forsikringsselskabet fandtes berettiget til at afvente modtagelsen af en udskrift af den endelige straffedom.

Undertiden kan også politiets efterforskning udskyde forfaldsdagen.

I AKF 33.286[3] havde forsikringstageren været impliceret i et færdselsuheld. Forsikringsselskabet fandtes at have været berettiget til at afvente politiets stillingtagen til, om der skulle rejses tiltale mod forsikringstageren for spirituskørsel.

I FED 1996.819 V fandtes forsikringsselskabet derimod ikke berettiget til at afvente resultatet af politiets efterforskning. Selskabet bestred forsikringstagerens ejendomsret til en bil, der var meldt stjålet, og politianmeldte den pågældende. Politiets undersøgelser viste imidlertid, at der ikke var grundlag for at anfægte forsikringstagerens ejendomsret.

Forsikringsbetingelserne kan fravige det forfaldstidspunkt for forsikringsydelsen, der følger af § 24, stk. 1. Det kan f.eks. bestemmes, at kravet forfalder to måneder efter skadens opgørelse. Det kan derimod ikke aftales, at selskabet egenhændigt kan fastlægge forfaldsdagen, eller at selskabets betalingspligt først indtræder, når denne er fastslået ved dom, jf. § 24, stk. 3.

Efter § 24, stk. 1, 2. pkt., skal forsikringsselskabet foretage acontoudbetaling af forsikringsydelsen, hvis det står klart, at selskabet i hvert fald skal betale en del af det krævede

beløb. Dette forudsætter dog, at størrelsen af acontobeløbet kan fastslås på grundlag af de oplysninger, som selskabet er i stand til at indhente, jf. stk. 1, 1. pkt.

Mens selskabet af egen drift skal betale forsikringsydelsen efter stk. 1, 1. pkt., er selskabet kun forpligtet til at foretage acontoudbetaling, når den sikrede forlanger det. Dette er senest fastslået ved UfR 2001.352 H, hvor Højesteret dog samtidig fastslog, at forsikringsselskabet i hvert fald efter modtagelsen af et brev, hvor sikrede bad om at få oplyst, hvordan han skulle forholde sig i sagen, skulle have vejledt sikrede om retten til at kræve acontoerstatning.

Efter § 24, stk. 2, forrentes kravet på forsikringsydelsen fra den dag, hvor beløbet i medfør af stk. 1 kan kræves betalt.

Krav i anledning af en forsikringsaftale, der ikke omfattes af § 24, f.eks. forsikringsselskabets krav på præmien, forrentes ved forsinket betaling efter de almindelige regler i renteloven.

Efter rentelovens § 3, stk. 1, skal der betales renter fra forfaldsdagen, hvis denne er fastsat i forvejen. Med virkning fra den 1. august 2002 er renteloven ændret,[4] således at der i andre tilfælde skal betales renter, når der er gået 30 dage efter den dag, da fordringshaveren har afsendt eller fremsat anmodning om betaling, jf. § 3, stk. 2. Der er således ikke længere krav om, at fordringshaveren udtrykkeligt skal angive, at manglende betaling medfører pligt til betale rente (rentepåkrav). Der skal dog tidligst betales rente, når der er gået 30 dage fra den dag, hvor skyldneren var i stand til at indhente de nødvendige oplysninger til bedømmelse af kravets berettigelse og størrelse, jf. § 3, stk. 3. Der kan endvidere altid kræves rente fra den dag, hvor fordringshaveren indleder retsforfølgning (f.eks. ved at anlægge retssag), jf. § 3, stk. 4.

I det omfang skadelidtes krav mod skadevolderens ansvarsforsikring ikke omfattes af forsikringsaftalelovens § 24, forrentes krav på erstatning og godtgørelse for personskade mv. efter den særlige renteregel i erstatningsansvarslovens § 16. Med virkning fra den 1. juli 2002 [5] svarer denne regel til forsikringsaftalelovens § 24, dog således at der gælder en betalingsfrist på 1 måned i stedet for 14 dage.

Forsikringsaftaleloven indeholder ingen regler om forsikringsselskabets betaling af sikredes omkostninger ved fremsættelse og dokumentation af kravet, f.eks. til sagkyndige erklæringer eller advokatbistand.

Selskabet må i et vist omfang afholde udgifterne til sagkyndige erklæringer, f.eks. lægeerklæringer, som er nødvendige til dokumentation af sikredes krav.[6] I praksis vil det ofte være selskabet selv, der anmoder om sådanne erklæringer.

Det er i praksis endvidere antaget, at sikrede har krav på dækning af rimelige advokatomkostninger, når erstatningskravet er af et vist større omfang og af en vis kompliceret beskaffenhed.[7] Må det anses for påkrævet for sikrede at have advokatbistand, kan udgifterne til et rimeligt arbejdsvederlag erstattes. Arbejdsvederlaget fastsættes som udgangspunkt ved at gange advokatens sædvanlige timetakst med det antal timer, der med rimelighed må antages at have været nødvendige for at gennemføre og opgøre det konkrete krav.

Det kan nævnes, at det også i den almindelige erstatningsret antages, at skadelidte f.eks. ved personskader i et vist omfang kan få erstattet udgifter til lægeerklæringer (der er indhentet inden sagsanlæg) og til advokatbistand.[8]

I AKF 27.507 (Forsikring 20/1991) var forsikringstageren kommet alvorligt til skade ved et færdselsuheld (méngrad på 100 pct.), og hans advokat førte gennem ca. 2 år en omfattende korrespondance med forsikringsselskabet (ulykkesforsikring) om bl.a. acontoerstatning, fastsættelse af stationærtidspunkt og fastsættelse af den endelige erstatning. Advokaten krævede et salær på ca. 42.000 kr. (halvt proceduresalær). Ankenævnet fandt under henvisning til invaliditetens art og omfang, at forsikringstageren med rette havde anset advokatbistand for påkrævet, og at han havde krav på dækning af udgifterne hertil i rimeligt omfang. Et rimeligt arbejdsvederlag blev skønsmæssigt ansat til 4.000 kr. plus moms.

I AKF 30.503 (Forsikring 16/1992) blev en speciallægeerklæring først indsendt efter ca. 5 måneder. Forsikringsselskabet havde flere gange rykket for erklæringen. Forsikringstageren havde ikke inden henvendelsen til en advokat anmodet forsikringsselskabet om at fremskynde sagen. Ankenævnet fandt det bl.a. på denne baggrund ikke antageliggjort, at der havde været et sådant behov for advokatbistand, at selskabet skulle dække udgifterne hertil.

I FED 1994.1405 Ø fandt retten, at sikrede med rette havde anvendt advokatbistand i forbindelse med forhandlingerne med forsikringsselskabet om forsikringsdækningen efter en ulykke.

I UfR 1997.658 Ø er det antaget, at skadevolderens forsikringsselskab ikke var forpligtet til at betale et honorarkrav fra Medlemsforeningen Fuld Valuta for rådgivning og bistand i forbindelse med opgørelse af et erstatningskrav over for selskabet efter et færdselsuheld. Ankenævnet for Forsikring har heller ikke fundet grundlag for at pålægge selskabet at betale udgifter til anden rådgiverbistand, herunder fra Medlemsforeningen Fuld Valuta.[9]

9.2. Reglerne i de andre nordiske lande

9.2.1. Norge

Den norske forsikringsaftalelov indeholder i kapitel 8 om skadesforsikringer regler om betaling og forrentning af sikredes krav på forsikringsydelsen.

§ 8-2. *(fastsetting og utbetaling av erstatning)*

Erstatningen skal utbetales så snart selskapet har hatt rimelig tid til å klarlegge ansvarsforholdet og beregne erstatningen.

Er det på et tidligere tidspunkt på det rene at selskapet i hvert fall skal betale en del, skal selskapet utbetale et tilsvarende forskudd.

Kongen kan i forskrift gi regler om saksbehandlingen og kostnadsfordelingen ved taksering av skade i forbindelse med skadeoppgjør.
...

§ 8-4. *(renter av erstatningen)*

Sikrede har krav på rente av sitt tilgodehavende når det er gått to måneder etter at melding om forsikringstilfellet ble sendt til selskapet.

Skal selskapet erstatte sikredes utlegg, inntrer renteplikten tidligst to måneder etter at utlegget er gjort. Som utlegg etter forrige punktum regnes også erstatning for gjenoppføring ved brannforsikring. For den del av erstatningen som skal utbetales uavhengig av gjenoppføring, gjelder første ledd.

Skal selskapet erstatte sikredes avbruddstap eller tidstap, inntrer renteplikten først en måned etter utløpet av den periode selskapet svarer for.

Forsømmer sikrede å gi opplysninger eller utlevere dokumenter som nevnt i § 8-1 første ledd [om sikredes oplysningspligt ved opgørelse af skaden], kan han eller hun ikke kreve rente for den tid som går tapt ved dette. Det samme gjelder hvis sikrede urettmessig avviser fullt eller delvis oppgjør. Renteplikten opphører også når selskapet setter erstatningsbeløpet inn i bank i samsvar med § 7-4 annet ledd siste punktum.

For renten gjelder ellers lov 17. desember 1976 nr. 100 om renter ved forsinket betaling m m §§ 2 annet ledd og 3.

Renter skal betales selv om forsikringssummen dermed overskrides. Forsikringsvilkårene skal gjøre oppmerksom på retten til rente etter denne paragrafen.

For at gøre det klart, at erstatningen skal udbetales så hurtigt som muligt, er § 8-2, stk. 1, formuleret således, at erstatningen skal udbetales, så snart selskabet har haft rimelig tid til at vurdere kravet og dets størrelse. Efter stk. 2 skal selskabet foretage acontobetaling, uanset om sikrede har krævet det.[10]

Krav på forsikringsydelsen forrentes som udgangspunkt, når der er gået to måneder efter, at anmeldelse om forsikringsbegivenheden er sendt til selskabet, jf. § 8-4, stk. 1. Dette indebærer bl.a., at der kan kræves renter også for perioden før kravets forfaldstid.

I kapitel 18 findes der for personforsikringer regler om selskabets betalingspligt mv., der i det væsentlige svarer til dem, der gælder for skadesforsikringer.

§ 18-2. *(utbetaling av erstatning eller forsikringssum)*

Krav på erstatning eller forsikringssum forfaller til betaling så snart selskapet har hatt rimelig tid til å klarlegge ansvarsforholdet og beregne sitt endelige ansvar. Svarer selskapet for uførhet, kan det i forsikringsvilkårene fastsettes nærmere regler om vurdering av invaliditeten og forfall av kravet.

Er det på et tidligere tidspunkt på det rene at selskapet i hvert fall skal betale en del av det beløp som kreves, skal selskapet utbetale et tilsvarende forskudd.
...

§ 18-4. *(renter av erstatning eller forsikringssum)*

Selskapet skal svare rente av erstatning eller forsikringssum når det er gått to måneder etter at melding om forsikringstilfellet ble sendt til selskapet.

Skal selskapet erstatte utlegg, inntrer renteplikten tidligst to måneder etter at utlegget er gjort. Skal selskapet erstatte dagpenger e l, svares rente først fra en måned etter utløpet av den periode selskapet svarer for. Skal selskapet betale bestemte beløp der forfallsdagen er fastsatt i forveien, regnes rente fra forfallsdag.

Forsømmer den berettigede å gi opplysninger eller utlevere dokumenter som nevnt § 18-1 første ledd [om sikredes oplysningspligt ved opgørelse af skaden], kan han eller hun ikke kreve rente for den tid som går tapt ved dette. Det samme gjelder hvis den berettigede urettmessig avviser fullt eller delvis oppgjør.

For renten gjelder ellers lov 17. desember 1976 nr. 100 om renter ved forsinket betaling m m §§ 2 annet ledd og 3.

Renter skal betales selv om forsikringssummen dermed overskrides. Forsikringsvilkårene skal gjøre oppmerksom på retten til rente etter denne paragrafen.

9.2.2. Sverige

Både efter den svenske forsikringsaftalelov og efter konsumentförsäkringslagen skal forsikringsselskabet som udgangspunkt betale erstatning senest en måned, efter at forsikringsbegivenheden er anmeldt til selskabet, og den sikrede har fremlagt de oplysninger til bedømmelse af erstatningskravet, som kan kræves af ham eller hende.

[Forsikringsaftaleloven]

24 § Är ej tid utsatt för fullgörande av försäkringsgivarens betalningsskyldighet i anledning av inträffat försäkringsfall, skall den fullgöras en månad efter det meddelande om försäkringsfallet kommit honom til handa; dock må betalning, i den mån den är beroende av utredning som i 22 § sägs [om erstatningssøgende oplysningspligt i forbindelse med opgørelse af skaden], icke kräväs förrän en månad förflutit efter det sådan utredning förebragts.

Förbehåll, varigenom tiden för betalningen gjorts beroende av något försäkringsgivarens beslut eller därav att betalningsskyldighet blivit genom laga dom ålagd försäkringsgivaren, må ej av denne åberopas.

[Konsumentförsäkringslagen]

38 § Försäkringsersättning skall betales senast en månad efter det att den ersättningsberättigade har anmält försäkringsfallet och lagt fram den utredning som med hänsyn till omständigheterna skäligen kan begäras av honom. Detta gäller dock ej ersättning som avser livränta och ej heller i den mån rätten till ersättning är beroende av ett egendom återställs eller återanskaffas, att en myndighet meddelar ett visst beslut eller att någon annan liknande händelse inträffar efter utgången av den tid som nyss har angetts.

Har den som begär försäkringsersättning uppenbarligen rätt till ersättning med åtminstone visst belopp, skall detta belopp genast betalas i avräkning på den slutliga ersättningen.

Overskrider selskabet betalingsfristen, skal der betales renter efter renteloven.

Det seneste udkast til en ny svensk forsikringsaftalelov fremhæver, at forsikringsselskabet skal bestræbe sig på at udbetale erstatningen så hurtigt som muligt.

[8 kap. skadeförsäkring]

Utbetalning av ersättning m.m.

1 § Sedan försäkringsbolaget har fått underrättelse om ett försäkringsfall, skall bolaget utan uppskov vidta de åtgärder som behövs för att skadan skall kunna regleras. Skaderegleringen skall ske skyndsamt och med beaktande av den försäkrades och annan skadelidandes behöriga intressen.

En försäkringsersättning som inte avser livränta skall betalas ut senast en månad efter det att försäkringsfallet har anmälts och sådan utredning som skäligen kan begäras för att fastställa betalningsskyldigheten har lagts fram för bolaget. Detta gäller dock inte när 7 kap. 9 § andra stycket är tillämpligt och inte heller i den mån rätten till ersättning är beroende av att egendom återställs eller återanskaffas, att en myndighet meddelar ett visst beslut eller att någon annan liknande händelse inträffar efter utgången av månadsfristen.

Om den som gör anspråk på försäkringsersättning uppenbarligen har rätt till åtminstone ett visst belopp, skall detta genast betalas ut i avräkning på den slutliga ersättningen.
...

[17 kap. personförsäkring]

Tiden för utbetalning m.m.

1 § Sedan försäkringsbolaget fått underrättelse om ett försäkringssfall, skall bolaget utan uppskov vidta de åtgärder som behövs för att försäkringsfallet skall kunna regleras. Bolaget skall handlägga ärendet skyndsamt och med beaktande av den ersättningsberättigades behöriga intressen.

Försäkringsersättning skall betalas ut senast en månad efter det att rätten till ersättningen inträtt och sådan utredning som skäligen kan begäras för att fastställa betalningsskyldigheten och mot vem denna skall fullgöras har lagts fram för bolaget.

Om den som gör anspråk på försäkringsersättning uppenbarligen har rätt till åtminstone ett visst belopp, skall detta genast betalas ut i avräkning på den slutliga ersättningen.

Som det fremgår, skal erstatningen udbetales senest en måned efter, at forsikringsbegivenheden er anmeldt (ved personforsikringer senest en måned efter, at retten til erstatning er indtrådt), og selskabet har fået de oplysninger, der med rimelighed kan kræves for at fastslå betalingsforpligtelsen. Selskabet skal udbetale acontoerstatning, uanset om sikrede har fremsat

krav herom.[11]

Ved for sen betaling af erstatningen skal der efter udkastet betales renter efter de almindelige regler i renteloven.

9.2.3. Finland

Efter § 70 i den finske forsikringsaftalelov skal selskabet inden en måned, efter at det har fået de nødvendige oplysninger til bedømmelse af kravet, enten udbetale erstatningen eller meddele, at der ikke vil blive udbetalt erstatning.

70 § *(Utbetalning av ersättning)*

Försäkringsgivaren skall med anledning av ett försäkringsfall utan dröjsmål och senast en månad efter att han fått de handlingar och uppgifter som avses i 69 § [om erstatningssøgendes oplysningspligt ved opgørelse af skaden] betala ut ersättning enligt försäkringsavtalet eller meddela att någon ersättning inte betalas.

Försäkringsgivaren skall när försäkringsersättning betalas till en omyndig underrätta förmyndarnämnden på den omyndiges hemort, om ersättningen innefattar annat än ersättning för sådana kostnader eller förmögenhetsförluster som har orsakats av ett försäkringsfall.

På försenad ersättning skall betalas dröjsmålsränta enligt räntelagen (633/82).

Om ersätningsbeloppet inte är ostridigt, skall försäkringsgivaren dock betala den ostridiga delen av ersättningen inom den tid som nämns i 1 mom.

Betales erstatningen ikke til tiden, kan der kræves renter efter de almindelige regler i renteloven.

9.3. Udvalgets overvejelser

Efter forsikringsaftalelovens § 24, stk. 1, kan forsikringsydelsen kræves betalt 14 dage, efter at forsikringsselskabet var i stand til at indhente de nødvendige oplysninger til bedømmelse af kravet og dets størrelse. Betales forsikringsydelsen senere end dette tidspunkt, kan beløbet kræves forrentet efter § 24, stk. 2.

Efter det for udvalget oplyste er der tale om i praksis velfungerende regler, der tilskynder forsikringsselskabet til at tage stilling til sikredes krav og i givet fald udbetale erstatningen så

hurtigt som muligt. Der har således ikke vist sig et praktisk behov for at foretage grundlæggende ændringer af reglerne om betaling og forrentning af forsikringsydelsen.

Hertil kommer, at den praktisk vigtige regel i erstatningsansvarslovens § 16 om udbetaling og forrentning af erstatning og godtgørelse for personskade mv. som anført ovenfor i kapitel 9.1. nu i det væsentlige svarer til forsikringsaftalelovens § 24.

Med det nuværende generelt lave danske renteniveau har forsikringsselskabet i øvrigt en klar interesse i undgå, at forsikringsydelsen skal forrentes med den forholdsvis høje rente i forsikringsaftalelovens § 24, stk. 2 (diskontoen med tillæg af 5 pct.).

Som nævnt ovenfor i kapitel 9.1. er det i dag uafklaret, i hvilket omfang § 24 finder anvendelse på skadelidtes krav direkte mod skadevolderens ansvarsforsikringsselskab. Efter retspraksis synes bestemmelsen dog at finde anvendelse i hvert fald på skadelidtes krav i henhold til en lovpligtig ansvarsforsikring, hvor selskabet hæfter umiddelbart over for skadelidte.

Med virkning fra den 1. juli 2002 svarer reglen i erstatningsansvarslovens § 16 om forrentning af erstatning og godtgørelse for personskade stort set til forsikringsaftalelovens § 24 (efter erstatningsansvarsloven gælder der dog en frist på en måned i stedet for 14 dage).

Endvidere er renteloven som nævnt i kapitel 9.1. ovenfor med virkning fra den 1. august 2002 ændret, således at det i de tilfælde, hvor forfaldsdagen ikke er fastsat på forhånd, ikke længere er nødvendigt med en udtrykkelig tilkendegivelse om, at der kræves renter (rentepåkrav).

Fremover vil den praktiske betydning af, om skadelidtes krav mod skadevolderens ansvarsforsikringsselskab forrentes efter forsikringsaftalelovens § 24 eller efter de regler, som gælder for skadelidtes krav mod skadevolderen, dvs. erstatningsansvarslovens § 16 (personskade mv.) og renteloven (andre krav), således være begrænset. Efter udvalgets opfattelse bør skadelidtes krav mod ansvarsforsikringsselskabet herefter forrentes efter de samme regler, som gælder for skadelidtes krav mod skadevolderen. Skadelidte vil således kunne påberåbe sig de samme regler om forrentning, uanset om kravet rettes mod skadevolderen eller direkte mod dennes ansvarsforsikringsselskab (når betingelserne herfor er opfyldt). Udvalget foreslår på denne baggrund en præcisering i § 24 af, at reglen ikke omfatter skadelidtes krav mod skadevolderens ansvarsforsikring.

Ændringen af renteloven indebærer i øvrigt, at der foretages en række ændringer i renteloven med henblik på at gennemføre et direktiv om bekæmpelse af forsinkede betalinger i visse handelsforhold mv. i dansk ret.[12] Direktivet finder ikke anvendelse på betalinger som kompensation for skade, herunder betalinger fra forsikringsselskaber.[13]

Loven indebærer bl.a. en mindre forhøjelse af den almindelige morarente, jf. rentelovens § 5, stk. 1. Renteniveauet i forsikringsaftalelovens § 24, stk. 2, har hidtil svaret til morarenten efter renteloven, og udvalget foreslår på denne baggrund, at § 24, stk. 2, ændres i overensstemmelse med ændringen af rentelovens § 5, stk. 1-2.

Som det fremgår af kapitel 9.1. ovenfor, er forsikringsselskabet i dag kun forpligtet til at foretage acontobetaling, hvis den sikrede har fremsat krav herom.

Udvalget har overvejet, om forsikringsselskabet bør have pligt til af egen drift at foretage acontoudbetaling i de tilfælde, hvor der er grundlag herfor. En sådan regel vil indebære, at forsikringsselskabet som udgangspunkt i samtlige sager løbende må vurdere, om og i givet fald i hvilket omfang der kan ske udbetaling af et acontobeløb, uanset om den sikrede er interesseret heri eller foretrækker at få udbetalt den samlede erstatning på én gang. Dette vil medføre et ikke ubetydeligt ressourceforbrug hos forsikringsselskaberne, og navnlig i sager om mindre erstatningsbeløb vil ressourceforbruget hos selskabet næppe stå mål med størrelsen af det acontobeløb, som sikrede vil få udbetalt.

Efter den gældende § 24, stk. 1, 2. pkt., kan sikrede fremsætte krav om acontoudbetaling i de tilfælde, hvor han eller hun har behov for eller interesse i et acontobeløb. Selskabet er i givet fald forpligtet til at udbetale et acontobeløb, hvis det er i stand til at indhente de nødvendige oplysninger til bedømmelse af berettigelsen og størrelsen af acontobeløbet.

Det er udvalgets opfattelse, at den gældende regel om acontoudbetaling er udtryk for en rimelig afvejning mellem hensynet til sikredes interesse i at få en acontoerstatning og forsikringsselskabets interesse i en praktisk og administrerbar regel. Udvalget finder på denne baggrund ikke grundlag for at foreslå en regel om, at selskabet af egen drift skal foretage acontobetaling.

Reglen i forsikringsaftalelovens § 24, stk. 1, 2. pkt., om acontoudbetaling bygger på den forudsætning, at sikrede kender til muligheden for at fremsætte et krav herom.

Højesteret har i UfR 2001.352 H fastslået, at forsikringsselskabet har en vis forpligtelse til at vejlede sikrede om retten til at kræve acontobetaling, når der i den konkrete sag er anledning hertil i hvert fald når sikrede selv henvender sig til selskabet for at få at vide, hvordan han eller hun skal forholde sig.

Udvalget finder det imidlertid rigtigst, at det i forsikringsaftaleloven præciseres, at forsikringsselskabet har pligt til at vejlede sikrede om retten til at kræve acontobetaling, således at sikrede bliver opmærksom på muligheden herfor.

Udvalget har overvejet, om vejledningspligten skal gælde i alle tilfælde eller kun i tilfælde,

hvor der konkret må antages at være grundlag for et krav om acontobetaling. Efter udvalgets opfattelse er den enkleste løsning, at selskabet som udgangspunkt i alle tilfælde skal vejlede om retten til at kræve acontobetaling. Herved mindskes risikoen for et større antal sager ved domstolene og Ankenævnet for Forsikring, der alene ville vedrøre spørgsmålet om, hvorvidt forsikringsselskabet har opfyldt sin vejledningspligt. Udvalget foreslår på denne baggrund, at forsikringsselskabet senest tre måneder efter anmeldelse af forsikringsbegivenheden skal vejlede sikrede om retten til at kræve acontobetaling, medmindre sikredes krav inden da fuldt ud er imødekommet eller afvist. Pligten til at vejlede gælder dog ikke, hvis det f.eks. som følge af udformningen af den pågældende forsikring må anses for åbenbart, at der ikke kan opstå spørgsmål om at kræve acontobetaling.

Udvalget er opmærksom på, at den foreslåede vejledningspligt kan føre til, at der i videre omfang end i dag rejses krav om acontobetaling. Dette er imidlertid blot en følge af, at sikrede udnytter en ret, som han eller hun allerede har i dag. Hertil kommer, at forsikringsselskabet i vejledningen til sikrede har mulighed for at understrege, at det efter § 24, stk. 1, skal være givet , at der skal betales delvis erstatning, dvs. at det skal stå klart, at forsikringsselskabet i hvert fald skal betale en del af det krævede beløb.

Som det fremgår af kapitel 9.1. ovenfor, kan sikrede efter praksis få dækket rimelige og nødvendige udgifter til advokatbistand i forbindelse med fremsættelse og opgørelse af sit erstatningskrav over for forsikringsselskabet. Forsikringsaftaleloven indeholder imidlertid ingen regler herom.

Udvalget finder det rigtigst, at det af loven udtrykkeligt fremgår, at sikrede har ret til i et vist omfang at få dækket sine udgifter til advokatbistand, og foreslår, at der i forsikringsaftalelovens indsættes en regel herom. Der er ikke hermed tilsigtet ændringer af den hidtidige retstilstand.

Der henvises til kapitel 23 nedenfor, der indeholder udvalgets lovudkast med bemærkninger (lovudkastets § 1, nr. 7-9 og 11-12).

---

1. Ved bekendtgørelse nr. 896 af 21. december 1990 er renten fastsat til diskontoen med tillæg af 5 pct.

2. Se f.eks. Ivan Sørensen: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 118, hvor det antages, at § 24 hverken direkte eller analogt omfatter sådanne krav, mens det i Preben Lyngsø: Dansk Forsikringsret, side 406, anføres, at § 24 formentlig i hvert fald omfatter skadelidtes krav i henhold til en lovpligtig ansvarsforsikring.

3. Refereret i Ivan Sørensen: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 116.

4. Lov nr. 379 af 6. juni 2002.

5. Lov nr. 463 af 7. juni 2001.

6. Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 280.

7. Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 280 f., og samme: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 137 f. Se også det daværende Assurandør-Societetets (nu Forsikring & Pensions) responsum i FED 1994.706.

8. Se f.eks. Jens Møller og Michael Wiisbye: Erstatningsansvarsloven med kommentarer (6. udgave, 2002), side 27 f. og 38 ff., og Michael S. Wiisbye i UfR 1997B.333.

9. Michael S. Wiisbye i UfR 1997B.333 (side 337). Se også AKF 51.901 (FED 2000.2128).

10. NOU 1987:24, side 178.

11. Ds 1993:39, side 269 og 343.

12. Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2000/35/EF af 29. juni 2000 om bekæmpelse af forsinket betaling i handelstransaktioner.

13. Folketingstidende 2001-02 (2. samling), tillæg A, side 2115.

Kapitel 10. Forældelse

10.1. Gældende ret

Forsikringsaftaleloven indeholder i §§ 29-30 regler om forældelse af visse forsikringskrav.

Efter § 29 gælder der for krav, der er grundede i forsikringsaftalen, en kortere forældelsesfrist end efter dansk rets almindelige forældelsesregler (den 5-årige forældelsesfrist efter 1908-loven og den 20-årige frist efter Danske Lov (DL) 5-14-4).

§ 29. Krav, der er grundede i forsikringsaftalen, forældes 2 år efter udgangen af det kalenderår, i hvilket fordringshaveren fik kundskab om kravet og om, at det er forfaldet, og i alt fald 5 år efter kravets forfaldstid. I øvrigt finder reglerne i lov nr. 274 af 22. december 1908 §§ 1-3 anvendelse.

Disse særlige forældelsesregler er i Kommissionsudkastet begrundet således:[1]

Kommissionen har nu ment, at det for det første var en utvivlsom Fordel at faa fastsat en ensartet Regel for alle Fordringer ifølge en Forsikringsaftale, og dernæst at Forældelsesfristen burde gøres betydeligt kortere, end den efter nugældende ret er [20 år efter DL 5-14-4]. Hvad Fordringer paa Forsikringsydelsen angaar, er det ... af stor Betydning for Selskabet at faa Kundskab om, at en Forsikringsbegivenhed er indtraadt. Men en lignende Betydning har det for det at faa Rede paa, hvilket Krav den sikrede agter at fremsætte i Anledning af Begivenheden. Ogsaa rent regnskabsmæssigt er det, særlig for en rigtig Opgørelse af Skadesreserverne, af Vigtighed for Selskabet at kunne stole paa, at der ikke mange Aar efter en Forsikringsbegivenheds Indtræden dukker Krav op, som Selskabet slet ikke har regnet med.

10.1.1. Anvendelsesområde

§ 29 omfatter krav, der er grundede i forsikringsaftalen , dvs. støttes på forsikringsaftalen. Det kan f.eks. være forsikringsselskabets krav på præmie og den sikredes krav på forsikringsydelsen.

Krav, der ikke støttes på forsikringsaftalen, forældes derimod efter dansk rets almindelige forældelseregler i 1908-loven og DL 5-14-4, selv om der måtte være tale om krav, der angår eller udspringer af et forsikringsforhold. Tilbagesøgningskrav vedrørende for meget betalt præmie eller for meget udbetalt erstatning anses f.eks. ikke for grundede i forsikringsaftalen og er dermed ikke omfattet af forsikringsaftalelovens § 29.[2]

Krav på renter af forsikringsydelsen støttes normalt heller ikke på forsikringsaftalen, men følger af forsikringsaftalelovens § 24. Rentekrav er således ikke omfattet af forsikringsaftalelovens § 29, men af 1908-lovens 5-årige forældelsesfrist, jf. 1908-lovens § 1, stk. 1, nr. 2.

Det antages, at krav på renter som udgangspunkt ophører samtidig med, at hovedkravet (her forsikringsydelsen) forældes.[3] Dette udgangspunkt antages dog at måtte fraviges, hvis der er tale om et selvstændigt rentekrav.[4]

Ivan Sørensen skelner på denne baggrund mellem tilfælde, hvor forsikringsydelsen er betalt for sent, hvor der antages at foreligge et selvstændigt rentekrav, der forældes efter 1908-loven, og tilfælde, hvor forsikringsydelsen er forfaldet, men ikke betalt, hvor krav på renter efter den almindelige opfattelse skulle forældes sammen med forsikringsydelsen.[5] Han peger dog på, at krav på renter også i den sidstnævnte situation formelt kan anses for et selvstændigt krav, der isoleret set forældes efter reglerne i 1908-loven. I givet fald vil forsikringsselskabet således skulle udbetale rentebeløb, der isoleret set ikke er forældet, selv om kravet på forsikringsydelsen er forældet.

Det synes uafklaret, i hvilket omfang § 29 finder anvendelse på skadelidtes krav mod skadevolders ansvarsforsikring.[6] Spørgsmålet er i praksis navnlig opstået med hensyn til lovpligtige ansvarsforsikringer, hvor forsikringsselskabet hæfter umiddelbart i forhold til skadelidte, f.eks. efter færdselslovens § 108, stk.1. Omfatter § 29 i disse tilfælde skadelidtes direkte krav mod ansvarsforsikringsselskabet, vil der kunne opstå den situation, at skadelidtes krav mod selskabet er forældet (efter § 29), mens skadelidtes krav mod skadevolderen fortsat består, idet dette krav normalt forældes efter 1908-loven og DL 5-14-4.

I UfR 1998.753 V var skadelidte blevet påkørt af en bil. Hans krav mod skadevolderens ansvarsforsikringsselskab, der efter færdselslovens § 108, stk. 1, hæfter umiddelbart over for skadelidte, blev anset for omfattet af 1908-loven. Spørgsmålet om forældelse efter

forsikringsaftalelovens § 29 var dog ikke gjort gældende under sagen.

I FED 2000.2701 Ø er der antaget, at skadelidtes krav mod et ansvarsforsikringsselskab i medfør af færdselslovens § 108, stk.1, forældes efter forsikringsaftalelovens § 29 eller dennes analogi.

I UfR 1998.1418 V fandt retten, at forsikringsaftalelovens § 29 hverken direkte eller analogt kan anvendes på skadelidtes krav mod Foreningen af Forsikringsselskaber til Overtagelse af Lovpligtige Ansvarsforsikringer for Hunde, der i medfør af hundelovens § 8, stk. 2, hæfter umiddelbart over for skadelidte for skader forvoldt af ukendte og uforsikrede hunde, idet kravet ikke var grundet i en forsikringsaftale (kravet mod foreningen opstod netop, fordi der ikke var tegnet en forsikring).

10.1.2. Forældelsesfrister

Forsikringsaftalelovens § 29 indeholder to frister: En 2-års frist og en absolut 5-års frist.

2-års fristen regnes fra udgangen af det kalenderår, hvor fordringshaveren fik kundskab om sit krav og om, at det er forfaldet. Forældelsesfristen begynder således først at løbe, når tre betingelser er opfyldt: Fordringshaveren skal have kundskab om kravet, kravet skal være forfaldet, og fordringshaveren skal have kundskab om, at kravet er forfaldet.

Forældelsesfristen begynder således først at løbe, når fordringshaveren har faktisk viden om kravet, og det er ikke tilstrækkeligt, at den pågældende burde have kendt til kravet. Det er kun ukendskab til selve kravet, der udskyder forældelsesfristens begyndelsestidspunkt. Ukendskab til forsikringens eksistens (faktisk vildfarelse) eller ukendskab til forsikringens dækningsomfang (retlig vildfarelse) vil derimod i almindelighed ikke udskyde forældelsesfristens begyndelsestidspunkt. I praksis er forældelsesfristens begyndelse dog i visse tilfælde blevet udskudt, hvis sikrede har været i undskyldelig uvidenhed om forsikringens eksistens.

I AKF 37.641[7] havde sikrede oplyst, at han ikke havde kendskab til, at han var omfattet af en gruppeulykkesforsikring, som var tegnet af en idrætsklub, hvilket klubben bekræftede. Forældelsesfristen blev udskudt.

I AKF 46.285 (FED 1998.1508) havde sikrede ifølge arbejdsgiveren og hende selv ikke fået oplysning om, at hun var omfattet af en gruppeforsikring tegnet af arbejdsgiveren. Forældelsesfristen blev udskudt.

Ved siden af den 2-årige forældelsesfrist gælder en absolut 5-årig forældelsesfrist, jf. i alt fald .

Denne frist regnes fra kravets forfaldstid.

Kravets forfaldstidspunkt i § 29 kan for så vidt angår sikredes krav på forsikringsydelsen fastlægges med udgangspunkt i § 24, hvorefter forfaldstiden er 14 dage efter det tidspunkt, hvor forsikringsselskabet har været i stand til at indhente de nødvendige oplysninger til bedømmelse af kravet. Dette udgangspunkt må dog fraviges, hvis forsikringsbegivenheden f. eks. slet ikke er anmeldt til forsikringsselskabet, idet kravet ellers ikke ville forældes.

Forfaldstiden i § 29 er også blevet beskrevet som det tidspunkt, hvor de kendsgerninger (dvs. forsikringsbegivenheden og eventuelt de skadevoldende følger), der begrunder kravet, er indtrådt.[8]

Det er i praksis antaget, at § 29 ikke er til hinder for, at der f.eks. rejses krav om erstatning for senfølger efter personskader, der viser sig adskillige år efter et ulykkestilfælde, idet kravet først på dette tidspunkt anses for at være forfaldet.

I FED 1994.77 Ø fik sikrede i 1975 en tandskade, og hans ulykkesforsikring dækkede udgifterne til 4 kroner. I 1990 knækkede én af kronerne, men forsikringsselskabet afviste at dække udgiften til reparation heraf, da kravet ansås for at være forfaldet i 1975. Landsretten fandt, at kravet i overensstemmelse med forsikringsaftalelovens § 24 forfaldt 14 dage efter, at alle de kendsgerninger herunder den skadevoldende følge som hjemlede kravet var indtrådt, og dette tidspunkt forelå først i 1990. Kravet var derfor ikke forældet.

I AKF 35.062 (FED 1995.842) var sikrede i 1984 ude for et ulykkestilfælde, hvor Arbejdsskadestyrelsen ikke fandt, at sikrede var tilføjet varigt mén. Ved en genoptagelse af sagen i 1993 fastsatte styrelsen imidlertid méngraden til 5 pct. Sikredes krav over for sin ulykkesforsikring fandtes ikke forældet, da han først efter Arbejdsskadestyrelsens udtalelse i 1993 havde kendskab til méngraden på 5 pct.

I AKF 37.878 (FED 1996.1192) fandt Ankenævnet, at sikrede først efter en behandling i slutningen af 1993 blev bekendt med, at der kunne være krav i forbindelse med en knæskade i 1983. Kravet var derfor tidligst forfaldet i begyndelsen af 1994.

I AKF 40.101 (FED 1997.1437) udtalte Ankenævnet, at det 9 år efter en ulykke endnu var uvist, om sikrede ville få varige mén, og et eventuelt erstatningskrav kunne derfor ikke anses for forfaldet og dermed heller ikke forældet.

I AKF 40.539 (FED 1997.1501) var sikrede ude for et fald i 1986, og hun blev opereret for ryggener som følge heraf i 1988. I 1994 indtrådte en forværring af generne, og skaden blev anmeldt til forsikringsselskabet i juni 1995. Ankenævnet udtalte, at sikredes tilstand ikke

tidligere havde været stabil, og at erstatningen derfor tidligst kunne opgøres endeligt i 1994. Kravet var derfor ikke forældet. En lignende afgørelse findes i AKF 37.856 (FED 1997.1502).

I AKF 47.698 (FED 1999.1885) fandt Ankenævnet, at krav på erstatning efter en ulykke i 1989 først kunne anses for forfaldet efter en operation ca. 3 år efter ulykken.

I AKF 44.820 (FED 1998.1496) er det derimod antaget, at forsikringsaftalelovens § 24 ikke alene omfatter tilfælde, hvor bedømmelsen af forsikringsbegivenheden fører til, at der skal udbetales erstatning til sikrede. Forfaldstiden blev derfor fastsat til stationærtidspunktet, som var 6 måneder efter ulykken, selv om sikrede på dette tidspunkt ikke havde lidt noget varigt mén og dermed ikke havde noget krav mod forsikringsselskabet.

Se også AKF 51.664 (FED 2000.2115), hvor Ankenævnet fandt, at krav på erstatning for vandskade på et stråtag efter en brand 9 år tidligere ikke var forældet, idet kravet først forfaldt, da det kunne konstateres, at stråtaget blev nedbrudt unormalt hurtigt.

Ved sygdomme, der udvikler sig løbende over flere år, kan der ligeledes opstå spørgsmål om, hvornår kravet på forsikringsydelsen må anses for forfaldet.

Det er blevet anført, at sikrede i disse tilfælde for at fastholde sit krav skal gøre det gældende, så snart der foreligger tilstrækkelige oplysninger, der begrundet et krav i henhold til forsikringsaftalen. Herefter forfalder og forældes krav på erstatning for senfølger selvstændigt. [9] Dette indebærer imidlertid, at der ikke indtræder forældelse, hvis sikredes helbredstilstand løbende forværres over en længere årrække. Efter forsikringsaftalelovens § 120 kan forsikringsselskabet ved syge- og ulykkesforsikringer dog tage forbehold for at dække skader, der er indtrådt efter en nærmere angivet tidsfrist efter ulykken.[10]

En skyldner kan udtrykkeligt eller stiltiende give afkald på at påberåbe sig, at fordringshaverens krav er forældet, hvilket ved forsikringskrav navnlig er relevant ved sikredes krav mod forsikringsselskabet. Dette kan f.eks. være tilfældet, hvis selskabets sagsbehandling har givet sikrede grund til at gå ud fra, at forældelsesfristens begyndelsestidspunkt er udskudt, f. eks. fordi der føres realitetsforhandlinger mellem sikrede og selskabet.

I UfR 1998.696 H fandt Højesteret, at forsikringsselskabet havde givet sikrede grund til at tro, at sagerne vedrørende to ulykkesforsikringer og en arbejdsskadeforsikring blev kædet sammen, og at selskabet var indforstået med at afvente en afgørelse fra Den Sociale Ankestyrelse vedrørende arbejdsskadeforsikringssagen, således at begyndelsestidspunktet for forældelsesfristen i relation til ulykkesforsikringerne var tilsvarende udskudt.

I UfR 1998.785 Ø anerkendte selskabet i januar 1991 erstatningspligten og rykkede i

slutningen af 1992 for værdioplysninger. Sikrede meddelte i december 1993, at skadesopgørelse forventedes fremsendt snarest, hvilket imidlertid først skete i december 1995. Under disse omstændigheder, hvor forsikringsselskabet ikke havde tilkendegivet, at sagen var afsluttet, fandtes sikrede med føje at kunne gå ud fra, at der ikke forelå en sådan opgørelse af kravet, at selskabet anså dette for forældet. Kravet ansås herefter ikke for forældet.

10.1.3. Afbrydelse mv.

Det følger af forsikringsaftalelovens § 29, 2. pkt., at 1908-lovens §§ 1-3 finder anvendelse i det omfang, § 29 ikke selv regulerer spørgsmålet. Dette indebærer navnlig, at 1908-lovens regler om afbrydelse af forældelsen (§ 2) og om særligt retsgrundlag (§ 1, stk. 2) finder anvendelse.

Efter 1908-lovens § 2 afbrydes forældelse ved skyldnerens erkendelse af gælden eller ved, at fordringshaveren foretager retslige skridt mod skyldneren og uden ufornødent ophold forfølger sagen.

Den sikredes indbringelse af sagen for Ankenævnet for Forsikring sidestilles med retslige skridt og afbryder således forældelsen, jf. UfR 2000.1947 H. Det er imidlertid en forudsætning, at sikrede uden ugrundet ophold indbringer sagen for domstolene, hvis han eller hun ikke får medhold af Ankenævnet, idet kravet i modsat fald forældes.[11]

Fra praksis kan nævnes:

I en utrykt Østre Landsrets dom af 17. juni 1993[12] blev sagen indbragt for Ankenævnet i april 1990, hvorefter Ankenævnet den 15. oktober 1990 afviste sikredes krav. Den 2. november 1990 blev han af forsikringsselskabet opfordret til at søge om fri proces, hvilket skete den 25. januar 1991. Der blev meddelt fri proces den 24. maj 1991, og retssag blev herefter anlagt den 4. juni 1991. Landsrettens flertal lagde afgørende vægt på, at der forløb næsten 3 måneder, før der blev ansøgt om fri proces. Sagen var derfor ikke fremmet uden ufornødent ophold, og kravet ansås for forældet.

I FED 1996.64 Ø fandtes anlæg af retssag 10 måneder efter Ankenævnets kendelse ikke at være sket uden ufornødent ophold.

I UfR 2000.1947 H fik sikrede ved Ankenævnets kendelse af 29. august 1994 medhold i sit krav, men fik i begyndelsen af oktober 1994 meddelelse fra nævnet om, at forsikringsselskabet ikke ville være bundet af kendelsen. Han søgte herefter om fri proces den 22. december 1994, og sagen blev anlagt den 2. juni 1995. Landsretten fandt under hensyn til, at sagen først var anlagt 9 måneder efter Ankenævnets afgørelse, at kravet ikke var forfulgt uden ufornødent ophold og dermed var forældet. Højesteret udtalte, at sikrede efter meddelelsen om, at

selskabet ikke vil være bundet af nævnets afgørelse, måtte have adgang til nogle måneders overvejelser om kravets videre forfølgelse, og at han i en periode af rimelig længde kunne afvente svar på ansøgningen om fri proces. Under disse omstændigheder fandt Højesteret, at kravet var forfulgt uden ufornødent ophold.

Hvis fordringshaveren har erhvervet et særligt retsgrundlag, der fastslår kravets tilblivelse og størrelse, f.eks. en fuldbyrdelsesdom, forældes kravet efter den 20-årige forældelsesfrist i DL 5-14-4, jf. 1908-lovens § 1, stk. 2.

Suspensionsreglen i 1908-lovens § 3, hvorefter forældelsesfristens begyndelsestidspunkt udskydes ved fordringshaverens utilregnelige uvidenhed om sit krav mv., finder kun anvendelse med hensyn til utilregnelig uvidenhed om skyldnerens opholdssted, hvilket næppe har praktisk betydning for så vidt angår sikredes krav mod forsikringsselskabet.

Forsikringsaftalelovens § 29 henviser ikke til 1908-lovens § 4, hvorefter den almindelige 20-årige forældelsesfrist efter DL 5-14-4 gælder ved siden af 1908-lovens forældelsesregler. Det synes uafklaret, om dette indebærer, at den 20-årige forældelsesfrist slet ikke finder anvendelse på forsikringskrav, medmindre der er tilvejebragt et særligt retsgrundlag.[13]

Det antages i almindelighed, at § 29 ikke på forhånd kan fraviges til skade for skyldneren, dvs. at der f.eks. ikke på forhånd kan aftales længere forældelsesfrister for sikredes krav mod forsikringsselskabet.[14]

Forsikringsaftalelovens § 30 regulerer aftaler om kortere forældelsesfrist end den, der følger af § 29:

§ 30. Aftale om, at den sikrede mister sit krav, dersom han ikke påtaler det inden en kortere frist end den i § 29 angivne, kan ikke gøres gældende, medmindre selskabet skriftligt med mindst 6 måneders varsel har givet ham meddelelse om fristens længde og om følgerne af, at fristen ikke overholdes.
Stk. 2. Aftale om, at selskabet skal være fri for ansvar, dersom krav i anledning af en forsikringsbegivenhed ikke fremsættes overfor selskabet inden en vis frist, kan ikke gøres gældende overfor den, der fremsætter sådant krav inden 3 måneder efter, at han har fået kundskab om de omstændigheder, der begrunder kravet.

§ 30, stk. 1, vedrører den situation, at sikrede har rejst et krav over for forsikringsselskabet, og forsikringsaftalen indeholder frister for, hvornår kravet skal påtales , dvs. hvornår der skal foretages retsforfølgning (f.eks. indbringelse for Ankenævnet for Forsikring eller anlæggelse af retssag).

10.2. Reglerne i de andre nordiske lande

10.2.1. Norge

Den norske forsikringsaftalelov indeholder for skadesforsikringer en regel om forældelse af krav på erstatning i § 8-6.

§ 8-6 *(foreldelse)*

Krav på erstatning foreldes etter tre år. Fristen begynner å løpe ved utløpet av det kalenderår da sikrede fikk nødvendig kunnskab om de forhold som begrunner kravet. Kravet foreldes likevel senest 10 år etter udløpet av det kalenderår da forsikringstilfellet inntraff. Har selskapet sendt sikrede slik melding som nevnt i § 8-5 annet ledd, inntrer foreldelse tidligst ved utløpet av den fastsatte fristen.

Ved ansvarforsikring foreldes selskapets ansvar etter de samme regler som gjelder for sikredes erstatningsansvar, jf likevel tredje ledd.

Krav som er meldt til selskapet før foreldelsesfristen er utløpt, foreldes tidligst seks måneder etter at sikrede, eller skadelidte (jf §§ 7-6 og 7-7), har fått særskilt skriftlig melding om at foreldelse vil bli påberopt. Meldingen må angi hvordan foreldelse avbrytes. Foreldelsesfristen forlenges ikke etter bestemmelsen her dersom det er gått mer enn 10 år fra kravet ble meldt til selskapet. Medfører første punktum ved ansvarsforsikring at skadelidtes krav mot sikrede foreldes før kravet mot selskapet, består likevel selskapets ansvar overfor skadelidte.

Forøvrig gjelder reglerne i foreldelsesloven 18. mai 1979 nr. 18. Fristen i første ledd tredje punktum kan likevel ikke forlenges etter lovens § 10.

Reglen vedrører kun krav på erstatning, mens andre krav forældes efter de almindelige regler i den forældelsesloven.

Efter § 7-6 kan skadelidte ved ansvarsforsikringer rette sit erstatningskrav direkte mod skadevolderens ansvarsforsikringsselskab. Med henblik på at undgå, at skadelidtes krav mod forsikringsselskabet anses for forældet, selv om kravet mod skadevolderen fortsat består, er det i § 8-6, stk. 2, bestemt, at forsikringsselskabets ansvar ved ansvarsforsikringer forældes efter de samme regler, som gælder for skadelidtes krav mod skadevolderen.

§ 8-6 indeholder både en kort forældelsesfrist på 3 år, der regnes fra udløbet af det kalenderår, hvor sikrede fik de nødvendige oplysninger om de faktiske omstændigheder, der begrunder erstatningskravet, og en 10-års frist, som er absolut og regnes fra udløbet af det kalenderår,

hvor forsikringsbegivenheden indtraf. Forældelsesfristerne suppleres af reglen i § 8-6, stk. 3, hvorefter forsikringsselskabet for så vidt angår krav, der er anmeldt inden forældelsesfristens udløb, skal give særskilt meddelelse om, at det vil påberåbe sig forældelse. Kravet forældes som udgangspunkt tidligst 6 måneder efter, at sikrede har fået denne meddelelse.

Med hensyn til afbrydelse af forældelsesfristerne gælder reglerne i forældelsesloven, jf. forsikringsaftalelovens § 8-6, stk. 4. Efter disse regler afbrydes forældelsesfristen bl.a. ved skyldnerens erkendelse og ved foretagelse af retslige skridt. Indbringelse af en tvist for et godkendt klagenævn, jf. § 20-1, afbryder ligeledes forældelsen.

Reglen om forældelse i § 8-6 skal ses i sammenhæng med reglen i § 8-5 om frister for anmeldelse af forsikringsbegivenheden mv.

§ 8-5 *(frist for å gi melding om forsikringstilfellet og for å foreta rettslige skritt)*

Sikrede mister retten til erstatning dersom kravet ikke er meldt til selskapet innen ett år etter at sikrede fikk kunnskap om de forhold som begrunner det.

Avslår selskapet et krav om erstatning helt eller delvis, mister sikrede retten til erstatningen dersom ikke sak er anlagt eller nemndbehandling krevd etter § 20-1 eller etter §§ 2 eller 3 i lov 16 juni 1989 nr. 70 om naturskadeforsikring innen seks måneder etter at sikrede fikk skriftlig melding om avslaget. Meldingen må angi fristens lengde, hvordan den avbrytes og følgen av at den oversittes. Foreldelsesloven 18. mai 1979 nr. 18 § 10 nr. 2 og 3 gjelder tilsvarende.

Forsikringsaftaleloven indeholder for personforsikringer i §§ 18-5 og 18-6 regler om anmeldelse og forældelse, der i vidt omfang svarer til reglerne for skadesforsikringer.

§ 18-5. (*frist i ulykkes- og sykeforsikring for å gi melding om forsikringstilfellet og for å foreta rettslige skritt*)

Den som i ulykkes- eller sykeforsikring har rett til erstatning, mister retten dersom kravet ikke er meldt til selskapet innen ett år etter at den berettigede fikk kunnskap om de forhold som begrunner kravet.

Avslår selskapet i ulykkes- eller sykeforsikring et krav om erstatning helt eller delvis, mister vedkommende retten til erstatning dersom ikke sak er anlagt eller nemndbehandling krevd etter § 20-1 innen seks måneder etter at han eller hun fikk skriftlig melding om avslaget. Meldingen må angi fristens lengde, hvordan den avbrytes og følgen av at den oversittes. Foreldelsesloven 18 mai 1979 nr. 18 § 10 nr. 2 og 3 gjelder tilsvarende.

§ 18-6. (*foreldelse*)

Krav på forsikringssum ved kapitalforsikring i livsforsikring foreldes etter 10 år, og andre krav på erstatning eller forsikringssum etter 3 år. Fristen begynner å løpe ved utløpet av det kalenderår da den berettigde fikk nødvendig kunnskap om de forhold som begrunner kravet. Kravet foreldes likevel senest 20 år, henholdsvis 10 år, etter udløpet av det kalenderår da forsikringstilfellet inntraff. Har selskapet i ulykkes- eller sykeforsikring sendt slik melding som nevnt i § 18-5 annet ledd, inntrer foreldelse tidligst ved utløpet av den fastsatte fristen.

Krav på pensjons- eller livrenteforsikring foreldes når det er gått 10 år fra den dag da det siste gang ble utbetalt en termin. Er det ikke betalt noen terminer, løper fristen fra den dag da den berettigede kunne ha krevd første termin. Krav på forfalte terminer foreldes dessuten 3 år fra forfall.

Krav som er meldt til selskapet før foreldelsesfristen er utløpt, foreldes tidligst seks måneder etter at sikrede har fått særskilt skriftlig melding om at foreldelse vil bli påberopt. Meldingen må angi hvordan foreldelse avbrytes. Foreldelsesfristen forlenges ikke etter bestemmelsen her dersom det er gått mer enn 10 år fra kravet ble meldt til selskapet.

For øvrigt gjelder reglerne i foreldelsesloven 18 mai 1979 nr. 18. Fristen i første ledd tredje punktum kan likevel ikke forlenges etter lovens § 10.

§ 18-5 om fristerne for anmeldelse af forsikringsbegivenheden mv. gælder dog kun for syge- og ulykkesforsikringer. Livsforsikringer reguleres alene af forældelsesreglen i § 18-6.

10.2.2. Sverige

Efter den svenske forsikringsaftalelovs 29 § gælder der en forældelsesfrist for krav i henhold til en forsikringsaftale på 3 år fra det tidspunkt, hvor fordringshaveren fik kendskab til, at kravet kunne gøres gældende. Ved siden heraf gælder en absolut frist på 10 år fra det tidspunkt, hvor kravet tidligst kunne gøres gældende. Det er uafklaret, om 10-års fristen skal regnes fra forsikringsbegivenhedens indtræden eller først fra det tidspunkt, hvor skaden viser sig.[15]

29 § Den, som vill bevaka fordringsrätt på grund av försäkringsavtal, skall i laga ordning anhängiggöra sin talan inom tre år från det han fick kännedom om att fordringen kunde göras gällande samt i varje fall inom tio år från det sådant tidigast kunnat ske. Underlåtes det, vare fordringsägaren sin rätt förlustig. Har sådan fordran kommit under dispaschörs behandling, vare så ansett som om den blivit genom talan bevakad.

30 § om aftaler om kortere forældelsesfrister svarer i det væsentlige til den danske

forsikringsaftalelovs § 30.

30 § Har försäkringsgivaren träffat förbehåll, enligt vilket fordringsägaren skulle, vid påföljd av rättsförlust, anhängiggöra sin talan tidigare än i 29 § är sagt, må sådan påföljd ej göras gällande, med mindre försäkringsgivaren skriftligen förelagt fordringsägaren att inom viss tid, ej understigande sex månader från delfåendet, anhängiggöra sin talan samt fordringsägaren den tid försuttit.

Förbehåll, att försäkringsgivarens ansvarighet för inträffat försäkringsfall skall vara beroende av att den, som äger fordran på grund av försäkringsfallet, giver försäkringsgivaren sitt anspråk till känna inom viss tid, må ej åberopas gent emot fordringsägare, som framställt anspråk inom sex månader från det han fått kännedom om sin fordran.

Konsumentforsäkringslagens 39 § indeholder ligeledes forældelsesfrister på henholdsvis 3 og 10 år. Hvis krav på forsikringsydelsen er anmeldt til forsikringsselskabet inden udløbet af disse forældelsesfrister, har fordringshaveren dog altid en frist på 6 måneder fra selskabets meddelelse om sin endelige stillingtagen til kravet til at anlægge retssag mv. mod selskabet.

39 § Den som vill kräva ut försäkringsersättning förlorar rätten till ersättning, om han inte väcker talan mot försäkringsbolaget inom tre år från det att han fick kännedom om att fordringen kunde göras gällande och i varje fall inom tio år från det att fordringen tidigast hade kunnat göras gällande.

Har den som vill kräva ut försäkringsersättning anmält skadan till försäkringsbolaget inom tid som har angetts i första stycket, har han alltid sex månader på sig att väcka talan sedan försäkringsbolaget har förklarat att slutlig ställning har tagits till ersättningsfrågan.

Har fordran på ersättning från en båtförsäkring kommit under dispachörs behandling, anses därigenom talan om fordringen väckt.

Konsumentforsäkringslagen indeholder endvidere i 40 § en særlig regel om forældelse af forsikringsselskabets krav på præmie.

40 § Ett försäkringsbolag förlorar rätten till obetald premie sedan sex månadar har förflutit från det att premien skulle ha betalts, om inte försäkringen dessförinnan har sagts upp av bolaget eller har upphört att gälla av annan anledning än på grund av en uppsägning från bolagets sida.

Det seneste udkast til en ny svensk forsikringsaftalelov indeholder for skadesforsikringer i 8 kap. 4 § følgende regel om forældelse, der svarer til den gældende regel i konsumentförsäkringslagen.

4 § Den som vill göra anspråk på försäkringsersättning förlorar sin rätt mot försäkringsbolaget, om han inte väcker talan mot bolaget eller annars åberopar fordringen mot bolaget i skiljeförfarande [voldgiftsprocedure] inom tre år från det att han fick kännedom om at att anspråket kunde göras gällande och i varje fall inom tio år från det att anspråket tidigast hade kunnat göras gällande. Har han framställt anspråk till bolaget inom denna tid, är dock fristen enligt första meningen alltid minst sex månader från det att bolaget har förklarat att det har tagit slutlig ställning till anspråket.

Reglen gælder alene for krav på erstatning, mens øvrige krav forældes efter svensk rets almindelige forældelsesregler. Der gælder en kort forældelsesfrist på 3 år, der regnes fra det tidspunkt, hvor sikrede fik kendskab til, at kravet kunne gøres gældende. Dette indebærer, at sikrede skal have kendskab til, at der overhovedet findes en forsikring, og desuden have indset, at hændelsen kunne begrunde et erstatningskrav.[16]

Herudover gælder der en absolut frist på 10 år, der regnes fra det tidspunkt, hvor kravet tidligst kunne gøres gældende. Hvis kravet er rejst over for forsikringsselskabet inden disse fristers udløb, er forældelsesfristen dog altid mindst 6 måneder efter, at selskabet har meddelt, at det har taget endelig stilling til erstatningskravet.

Lovudkastet indeholder i 17 kap. 5 § en tilsvarende forældelsesregel for personforsikringer.

10.2.3. Finland

Den finske forsikringsaftalelov indeholder i 73-74 §§ regler om forældelse mv.

73 § *(Tidspunkten för ersättningsanspråk samt preskription)*

Ersättningsanspråk som grundar sig på försäkringsavtal skall riktas till försäkringsgivaren inom ett år efter att den som söker ersättning fått kännedom om sin möjlighet att få ersättning och i varje fall inom tio år efter att försäkringsfallet inträffet. Med framläggande av ersättningsanspråk jämställs anmälan om försäkringsfallet.

Om något ersättningsanspråk inte läggs fram inom den tid som anges i 1 mom. förlorar den som söker ersättning sin rätt därtill.

74 § *(Tid för väckande av talan samt forum)*

Talan med anledning av försäkringsgivarens ersättningsbeslut skall vid äventyr av att talerätten går förlorad väckas inom tre år efter att parten fått skriftligt besked om försäkringsgivarens

beslut och om denna tidsfrist. Talan kan väckas också vid domstolen på kärandens hemort.

Reglerne vedrører alene sikredes krav på erstatning i henhold til forsikringsaftalen. Der gælder en forældelsesfrist på et år, der regnes fra det tidspunkt, hvor sikrede fik kendskab til sine muligheder for at få erstatning. Dette forudsætter i almindelighed, at sikrede har kendskab både til, at forsikringsbegivenheden er indtrådt, og til at der er tegnet en forsikring.[17] Den sikrede forudsættes at kende til de relevante lovregler og forsikringsaftalens standardvilkår, således at forældelsesfristens begyndelsestidspunkt ikke udskydes, mens sikrede eventuelt undersøger disse spørgsmål.

Forældelsesfristen afbrydes ved anmeldelse af forsikringsbegivenheden til forsikringsselskabet, selv om en nærmere opgørelse af erstatningskravet først kan foretages senere.

Ved siden af den 1-årige forældelsesfrist gælder en absolut 10-års frist, der regnes fra forsikringsbegivenhedens indtræden.

Efter 74 § skal retssag anlægges inden 3 år efter, at forsikringsselskabet har afvist at yde erstatning. Denne frist afbrydes ikke ved, at sikrede indbringer sagen for et klagenævn eller lignende.[18]

10.3. Udvalgets overvejelser

Som det fremgår af kapitel 10.1. ovenfor, giver den gældende regel om forældelse af forsikringskrav i forsikringsaftalelovens § 29 anledning til en række spørgsmål. Det gælder bl. a. afgrænsningen af, hvilke krav der er omfattet af reglen, og fastlæggelsen af begyndelsestidspunktet for forældelsesfristen (kravets forfaldstid), herunder med hensyn til senfølger efter ulykkestilfælde og sygdomme, der udvikler sig løbende over en årrække. Nævnes kan også spørgsmålet om afbrydelse af forældelsesfristen, herunder hvornår sikrede efter en afgørelse fra Ankenævnet for Forsikring kan anses at have forfulgt sit krav uden ufornødent ophold .

Den særlige regel om forældelse af forsikringskrav er oprindeligt begrundet i et ønske om at fastsætte en ensartet forældelsesregel for alle krav i henhold til en forsikringsaftale, som samtidig var betydelig kortere end den dagældende frist på 20 år. Der blev endvidere peget på, at det er af stor betydning for forsikringsselskabet at vide, hvilke krav en sikret vil fremsætte i anledning af en forsikringsbegivenhed, herunder af hensyn til den regnskabsmæssige opgørelse af selskabets forpligtelser.

Efter udvalgets opfattelse bør en nærmere vurdering af reglerne i forsikringsaftalelovens §§ 29-

30 om forældelse af forsikringskrav tage udgangspunkt i dansk rets almindelige forældelsesregler, således at der fremover alene bør gælde særlige forældelsesregler på forsikringsområdet, hvis der kan påvises et særligt behov herfor.

Udvalget vil i den forbindelse fremhæve, at det ud fra det ovennævnte hensyn til den regnskabsmæssige opgørelse af forsikringsselskabernes forpligtelser ikke i dag er afgørende, at de korte forældelsesfrister i forsikringsaftalelovens § 29 opretholdes. Forsikring & Pensions repræsentanter i udvalget har således oplyst, at det erfaringsmæssige grundlag for at foretage aktuarmæssige beregninger af selskabets fremtidige risici i dag er væsentligt bedre, end da forsikringsaftaleloven blev udformet for over 70 år siden, ligesom også den teknologiske udvikling på IT-området har medført bedre muligheder for at foretage sådanne beregninger.

Dansk rets almindelige forældelsesregler findes i 1908-loven (den 5-årige forældelsesfrist) og DL 5-14-4 (den 20-årige forældelsesfrist). Justitsministeriet nedsatte i foråret 2001 et Forældelsesudvalg, der skal gennemgå disse generelle forældelsesregler med henblik på en samlet revision heraf. Det forventes efter det oplyste, at udvalget afgiver betænkning omkring efteråret 2003. Det er som nævnt ovenfor udvalgets opfattelse, at overvejelserne om de fremtidige forældelsesregler på forsikringsområdet har nær sammenhæng med dansk rets almindelige forældelsesregler. Udvalget finder på denne baggrund, at den endelige stillingtagen til de fremtidige regler om forældelse af forsikringskravet bør afvente Forældelsesudvalgets arbejde.

Det er endvidere udvalgets opfattelse, at der ikke er grundlag for allerede nu at foreslå grundlæggende ændringer af forsikringsaftalelovens forældelsesregler, således at disse som udgangspunkt kommer til at svare til dansk rets nuværende almindelige forældelsesregler. I givet fald ville der formentlig inden for en kortere årrække komme til at gælde tre forskellige regelsæt om forældelse af forsikringskrav: De gældende regler i forsikringsaftalelovens §§ 29-30, regler på grundlag af 1908-loven og DL 5-14-4 og endelig regler udformet i lyset af Forældelsesudvalgets arbejde. Sådanne hyppige ændringer af de grundlæggende forældelsesregler vil efter udvalgets opfattelse være særdeles uhensigtsmæssige og vil kunne være vanskelige at forstå og håndtere for forsikringstagerne/de sikrede, forsikringsselskaberne mfl., herunder medføre en række administrative problemer for selskaberne.

På denne baggrund har udvalget med en enkelt undtagelse, jf. nedenfor ikke fundet grundlag for på nuværende tidspunkt at foreslå ændringer af forsikringsaftalelovens regler om forældelse af forsikringskrav. Udvalget har i stedet udarbejdet en lovskitse, som sammen med Forældelsesudvalgets overvejelser senere vil kunne danne grundlag for en ændring af forsikringsaftalelovens §§ 29-30. Lovskitsen indeholder ikke konkrete forslag til, hvilke forældelsesfrister der fremover bør gælde på forsikringsområdet, idet en nærmere stillingtagen hertil bør afvente udformningen af de fremtidige almindelige forældelsesfrister i dansk ret.

Spørgsmålet om forældelse af skadelidtes krav mod skadevolderens ansvarsforsikringsselskab er i praksis navnlig opstået i relation til lovpligtige ansvarsforsikringer, hvor selskabet hæfter umiddelbart over for skadelidte, f.eks. efter færdselslovens § 108, stk. 1, jf. kapitel 10.1.1. ovenfor. I disse tilfælde har skadelidte uden videre et direkte krav mod ansvarsforsikringsselskabet. I det omfang § 29 omfatter disse krav, vil skadelidtes krav mod selskabet imidlertid kunne være forældet (efter § 29), mens kravet mod skadevolderen fortsat består, idet dette krav normalt forældes efter 1908-loven og DL 5-14-4.

Med henblik på at undgå, at en sådan situation kan opstå, foreslår udvalget, at § 29 ikke skal omfatte de tilfælde, hvor ansvarsforsikringsselskabet hæfter umiddelbart over for skadelidte. I disse tilfælde vil skadelidtes krav mod selskabet således forældes efter de samme regler, som gælder for skadelidtes krav mod skadevolderen, dvs. normalt 1908-loven og DL 5-14-4. Denne ændring kan efter udvalgets opfattelse gennemføres uafhængigt af Forældelsesudvalgets arbejde.

Udvalget har ikke herudover fundet grundlag for at foreslå særlige regler om forældelse af krav i henhold til ansvarsforsikringer.

Ved udformningen af den ovennævnte lovskitse vedrørende de fremtidige regler om forældelse af forsikringskrav har udvalget navnlig lagt vægt på følgende synspunkter:

Selskabets krav mod forsikringstageren/sikrede, f.eks. om tilbagebetaling af for meget udbetalt erstatning, bør efter udvalgets opfattelse forældes efter dansk rets almindelige forældelsesregler. Det bør derimod på visse punkter overvejes at opretholde særlige regler om forældelse af forsikringstagerens/sikredes krav mod selskabet.

Efter det for udvalget oplyste overvejer Forældelsesudvalget en kort forældelsesfrist på 3 år, der regnes fra det tidspunkt, hvor fordringshaveren kan kræve fordringen opfyldt (forfaldstidspunktet). Ved siden af en sådan 3-årig forældelsesfrist overvejes en absolut forældelsesfrist på som udgangspunkt 10 år regnet fra kravets forfaldstidspunkt. Det overvejes herudover, om der for visse typer af krav, f.eks. for krav om erstatning for personskade forvoldt i eller uden for kontraktforhold, bør gælde en længere absolut forældelsesfrist.

Uanset at en nærmere stillingtagen til de fremtidige forældelsesfrister på forsikringsområdet som nævnt bør afvente Forældelsesudvalgets arbejde, vil udvalget pege på, at de gældende frister på 2 og 5 år i forsikringsaftalelovens § 29 er væsentligt kortere end dansk rets nuværende almindelige forældelsesfrister og også er kortere end de frister, der efter det oplyste overvejes af Forældelsesudvalget.

Udvalget finder ikke, at hensynet til forsikringsselskabet kan begrunde, at der i dag opretholdes så korte forældelsesfrister som efter den gældende § 29 i forsikringsaftaleloven. Som nævnt

ovenfor kan heller ikke hensynet til den regnskabsmæssige opgørelse af forsikringsselskabets forpligtelser længere begrunde de meget korte frister i § 29. Hvis der på grundlag af Forældelsesudvalgets arbejde indføres almindelige forældelsesfrister på 3 og 10 år, bør disse således efter udvalgets opfattelse som udgangspunkt også gælde for forsikringstagerens/ sikredes krav mod forsikringsselskabet i anledning af forsikringsaftalen.

Det bemærkes, at en særlig lang forældelsesfrist for krav om erstatning for personskade forvoldt i eller uden for kontrakt ikke uden videre kan overføres til forsikringsområdet, f.eks. til at gælde for krav i henhold til en personforsikringsaftale. Det må bl.a. overvejes nærmere, hvilke forsikringstyper og hvilke typer af krav mod selskabet der i praksis vil blive berørt af en sådan særlig lang forældelsesfrist, og hvilke konsekvenser en sådan frist vil have for selskabets regnskabsmæssige opgørelse af sine forpligtelser. Det må endvidere overvejes, i hvilket omfang krav om erstatning for personskade, hvor der findes en erstatningsansvarlig skadevolder, kan sidestilles med krav mod et forsikringsselskab i henhold til en forsikringsaftale, der er indgået netop med henblik på at regulere den situation, at der f.eks. sker en personskade.

Den gældende 2-årige forældelsesfrist i § 29 regnes fra det tidspunkt, hvor fordringshaveren fik kundskab om kravet og om, at det er forfaldet. Som anført i kapitel 10.1.2. ovenfor begynder forældelsesfristen således først at løbe fra det tidspunkt, hvor fordringshaveren har faktisk viden om kravet. Efter suspensionsreglen i 1908-lovens § 3 er det derimod tilstrækkeligt, at fordringshaveren burde have kendt til kravet (var eller ved sædvanlig agtpågivenhed ville have været i stand til at kræve sit krav betalt).

Efter udvalgets opfattelse bør forældelsesfristen for krav mod selskabet i anledning af forsikringsaftalen fortsat først løbe fra det tidspunkt, hvor den pågældende rent faktisk fik kendskab til sit krav dvs. at det ikke er nok, at den pågældende burde have kendt til kravet. Udvalget har overvejet, om dette alene bør gælde for krav på forsikringsydelsen, men finder, at den enkleste løsning vil være, at der som udgangspunkt gælder den samme forældelsesfrist for alle krav mod selskabet, der vedrører og/eller udspringer af forsikringsaftalen.

Den absolutte forældelsesfrist på 5 år i § 29 regnes fra kravets forfaldstid. Som det fremgår af kapitel 10.1.2. ovenfor, indebærer dette i praksis, at der f.eks. kan rejses krav mod selskabet for senfølger efter ulykkestilfælde adskillige år efter ulykken antagelig endog mere end 20 år efter ulykken. Den 5-årige forældelsesfrist er således reelt ikke absolut .

Den absolutte 20-årige forældelsesfrist efter DL 5-14-4 regnes derimod fra kravets stiftelse og kan som altovervejende hovedregel ikke suspenderes, selv om fordringshaveren først har haft mulighed for at gøre kravet gældende på et tidspunkt, der ligger mere end 20 år efter kravets stiftelse,[19] hvor Højesteret antog, at krav om erstatning for personskade som følge af

asbestose tidligst begyndte at løbe fra det tidspunkt, hvor skaden kunne konstateres). Som anført ovenfor overvejer Forældelsesudvalget en absolut forældelsesfrist (der ikke kan suspenderes) på 10 år dog muligvis en længere frist bl.a. for krav om erstatning for personskade.

Udvalget finder det uhensigtsmæssigt, at der på forsikringsområdet i modsætning til den altovervejende hovedregel for andre formueretlige krav i visse tilfælde i realiteten ikke gælder en absolut forældelsesfrist med en endelig skæringsdato for, hvornår krav på forsikringsydelsen kan fremsættes over for selskabet.

Efter udvalgets opfattelse bør en absolut forældelsesfrist for krav på forsikringsydelsen som udgangspunkt regnes fra forsikringsbegivenhedens indtræden. Forsikringsbegivenheden er den begivenhed, der skal være indtrådt, hvis forsikringen skal dække. Hvad der nærmere skal forstås ved forsikringsbegivenhedens indtræden, afhænger af den enkelte forsikringsaftale. Ved en ulykkesforsikring er forsikringsbegivenheden i almindelighed ulykke eller ulykkestilfælde . Den absolutte forældelsesfrist skal i givet fald regnes fra tidspunktet for ulykken, således at krav på erstatning for senfølger mv., der rejses længere tid efter ulykken, er forældet.

Der er dog under udvalgets arbejde blevet peget på, at en absolut forældelsesfrist på f.eks. 10 år, der regnes fra forsikringsbegivenhedens indtræden, vil indebære, at sikrede navnlig på personforsikringsområdet stilles væsentligt ringere end i dag. Det gælder f.eks. med hensyn til senfølger mv., der først viser sig flere år efter et ulykkestilfælde, hvor krav om erstatning for sådanne følger i dag ofte ikke vil være forældet efter forsikringsaftalelovens § 29, jf. kapitel 10.1.2. ovenfor.

Forældelsesfristen efter § 29 afbrydes i dag efter reglerne i 1908-lovens § 2, 2. pkt. Medmindre forsikringsselskabet anerkender kravet, skal sikrede således foretage retslige skridt mod selskabet, dvs. anlægge retssag eller indbringe sagen for Ankenævnet for Forsikring. Sikrede skal herefter uden ufornødent ophold forfølge sit krav, hvilket bl.a. indebærer, at sikrede i givet fald uden ufornødent ophold skal anlægge retssag efter en kendelse fra Ankenævnet, som går ham eller hende imod, eller som forsikringsselskabet meddeler, at det ikke vil følge.

Efter udvalgets opfattelse bør forældelsesfristen for krav mod selskabet afbrydes allerede på det tidspunkt, hvor kravet rejses over for selskabet. Udvalget har overvejet, om dette alene bør gælde for krav på forsikringsydelsen, men finder, at den enkleste løsning vil være, at der som udgangspunkt gælder de samme forældelsesregler for alle krav mod selskabet i anledning af forsikringsaftalen.

Det bemærkes i øvrigt, at der afhængig af udformningen af de fremtidige regler om forældelse af forsikringskrav kan være behov for nærmere at overveje en regulering af den situation, hvor

den sikrede uden rimelig grund undlader at følge en anmeldelse af forsikringsbegivenheden op med et konkret krav mod selskabet, jf. kapitel 8.3. ovenfor.

Udvalget har endvidere overvejet, om der bør indføres faste frister for sikredes/ forsikringstagerens foretagelse af retslige skridt mod selskabet for at fastholde sit krav. Udvalget anser som udgangspunkt en frist på et år for foretagelse af retslige skridt for passende, dvs. for indbringelse af kravet for Ankenævnet for Forsikring, hvis selskabet helt eller delvist afviser kravet, og for indbringelse af Ankenævnets kendelse for domstolene. Enkelte af udvalgets medlemmer har dog peget på, at en generel frist på et år for at foretage retslige skridt mod selskabet synes noget kort, og at en frist på to år i givet fald synes mere passende.

En regel om faste frister vil indebære, at der i stedet for den gældende skønsmæssige vurdering af, om kravet er blevet forfulgt uden ufornødent ophold vil gælde klare og enkle frister for, hvornår sikrede/forsikringstageren skal foretage retslige skridt mod selskabet,. Forsikringsselskabet vil samtidig få mulighed for løbende at give en præcis og letforståelig vejledning til sikrede/forsikringstageren om, hvad den pågældende skal foretage sig for at fastholde sit krav mod selskabet og om fristerne herfor. Udvalget finder på denne baggrund, at der på forsikringsområdet bør indføres regler med faste frister for sikredes/forsikringstagerens foretagelse af retslige skridt mod selskabet.

Efter udvalgets opfattelse bør den endelige stillingtagen til, om der bør indføres sådanne regler i forsikringsaftaleloven, imidlertid ske i forbindelse med udformningen af de øvrige fremtidige forældelsesregler på forsikringsområdet. Udvalget finder det mest hensigtsmæssigt, at der i givet fald som udgangspunkt gennemføres én samlet ændring af forældelsesreglerne, således at der ikke med korte mellemrum foretages ændringer af de grundlæggende forældelsesregler.

Der henvises til kapitel 23 nedenfor, der indeholder udvalgets lovudkast med bemærkninger (lovudkastets § 1, nr. 10) samt udvalgets lovskitse vedrørende de fremtidige forældelsesregler.

---

1. Side 68.

2. Ivan Sørensen: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 125.

3. Se f.eks. Eivind Einersen: Forældelsesloven af 1908 med kommentarer (1999), side 155 f., med henvisninger.

4. Henry Ussing: Obligationsret almindelig del (4. udgave, 1961), side 384 f., og Ivan

Sørensen: Forsikringsret, side 255 f.

5. Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 283 f.

6. Ivan Sørensen: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 124, Forsikringsret, side 306 f., og i UfR 1995B.200, samt Lisbeth Kjærgaard: Privatansvarsforsikring i et erstatningsretligt perspektiv (1999), side 293 ff.

7. Refereret i Ivan Sørensen: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 131.

8. A. Drachmann Bentzon og Knud Christensen: Lov om forsikringsaftaler med bemærkninger, side 183.

9. Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 297 ff. Se også Stig Andersen i FEST 2000.5 (side 6 f.), og AKF 40.200 (FED 1998.901).

10. Ivan Sørensen: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 133, og Kommissionsudkastet, side 164.

11. Ivan Sørensen: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 127 f., og Preben Lyngsø: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 160. Se også Peter Blok i UfR 2000B.2 (side 9 f.).

12. Refereret i Ivan Sørensen: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 127.

13. Se om spørgsmålet Ivan Sørensen: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 126, og Stig Andersen i FEST 2000.5 (side 12 f.).

14. Se f.eks. Eivind Einersen: Forældelsesloven af 1908 med kommentarer, side 150 ff., med henvisninger, og Ivan Sørensen: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 134. Eivind Einersen og Stig Andersen i FEST 2000.5 (side 13 f.) argumenterer dog for, at forældelsesfristen bør kunne forlænges ved aftale.

15. Svensk Karnov note 133 ad 29 §.

16. SOU 1986:56, side 680.

17. Proposition 1993 rd RP 114, side 69.

18. Proposition 1993 rd RP 114, side 69.

19. Se dog UfR 1989.1108 H (kommenteret af Hugo Wendler Pedersen i UfR 1990B.241.

Kapitel 11. Forsikringsværdien ved erstatningsopgørelse

11.1. Gældende ret

Forsikringsaftalelovens §§ 36-39 indeholder regler om opgørelse af forsikringsværdien ved skadesforsikringer.

Forsikringsværdien ansættes som udgangspunkt til genanskaffelsesprisen med rimeligt fradrag for værdiforringelse på grund af alder, brug mv., jf. § 37.

§ 37. Med de i §§ 38 og 75 nævnte undtagelser [vedrørende genstande, som sikrede selv har tilvirket til salg, samt i forbindelse med transportforsikring] ansættes tingens værdi til det beløb, der efter priserne umiddelbart før forsikringsbegivenheden ville kræves til genanskaffelse af den tilintetgjorte eller beskadigede genstand med rimeligt fradrag for værdiforringelse ved alder, brug, nedsat anvendelighed eller andre omstændigheder.
Stk. 2. Ved indbogenstande, personlige brugsgenstande og lignende sker der dog kun fradrag for værdiforringelse ved alder og brug, for så vidt genstandenes nytteværdi for den sikrede derved er væsentligt nedsat.
Stk. 3. Genopføres eller istandsættes en beskadiget bygning, finder fradrag derhos kun sted for forskellen mellem gammelt og nyt.

Den særlige regel i § 37, stk. 2, om indbogenstande mv. er i forarbejderne til forsikringsaftaleloven begrundet således:[1]

Da Genstande af de i Ændringsforslaget nævnte Art selv efter nogen Tids Benyttelse hyppigt vil have væsentligt samme Brugsværdi for den sikrede som nye, har Udvalget ment, at det udtrykkeligt bør fremgaa af Loven, at der i saadanne tilfælde ikke skal ske Fradrag i Erstatningen, fordi Genstandes Omsætningsværdi paa Grund af Brugen er forringet.

Reglen omfatter bl.a. genstande, som sædvanligvis forekommer i et almindeligt privat hjem, og dens anvendelsesområde er derfor i et vist omfang tidsbestemt: En genstand, der ikke kan betegnes som en sædvanlig indbogenstand i 1980, kan meget vel være det i 2002. Der findes en righoldig praksis, der nærmere belyser, hvad der (i dag) anses for indbogenstande mv.[2] Omfattet er som udgangspunkt (forudsat at der er tale om ikke-erhvervsmæssig brug) bl.a. kæledyr, hobbyværktøj, haveredskaber mv., sportsudstyr, jagt- og fiskeriudstyr, musikinstrumenter, privat kontorudstyr, malerier og kunstgenstande mv., hårde hvidevarer, køkkenredskaber og service samt tøj og briller.

Ved genstande omfattet af § 37, stk. 2, sker der kun fradrag for værdiforringelse ved alder og brug, i det omfang genstandens nytteværdi (brugsværdi) for den sikrede er væsentligt nedsat. Der må således bl.a. tages hensyn til, hvor længe sikrede kunne have haft tingen, og hvilken nytte han eller hun kunne have haft af den, hvis forsikringsbegivenheden ikke var indtrådt. For genstande, der normalt ikke udskiftes eller ikke forringes med alderen, f.eks. kunstgenstande, skal der således ikke foretages fradrag for værdiforringelse ved alder og brug.

Der findes en omfattende praksis, der nærmere belyser, i hvilket omfang nytteværdien for genstande omfattet af § 37, stk. 2, er væsentligt nedsat, således at der skal ske fradrag i erstatningen. For nogle genstande har der ligefrem udviklet sig en fast praksis for et procentvist årligt fradrag i erstatningen, f.eks. for radio- og TV-apparater, stereoanlæg og videoudstyr.[3]

§ 37, stk. 2, kan fraviges ved aftale, men der kræves en klar og udtrykkelig fravigelse i forsikringsvilkårene.

I UfR 1992.360 V fremgik det af forsikringsbetingelserne, at Ting, der er indkøbt som nye, og som er mindre end et år gamle, erstattes med genanskaffelsessummen på tilsvarende nye ting. For andre ting kan der foretages et rimeligt fradrag for værdiforringelse som følge af alder, brug, mode, nedsat anvendelighed eller andre omstændigheder. Selskabet ville herefter kun betale erstatning for stjålet sølvtøj, der var anskaffet i årene 1938-1963, svarende til genanskaffelsesprisen for brugt sølvtøj. Retten fandt imidlertid ikke, at forsikringsvilkårene med tilstrækkelig klarhed fraveg § 37, hvorfor § 37, stk. 2, fandt anvendelse.

Forsikringsaftalelovens § 39, stk. 1, indeholder det såkaldte berigelsesforbud, mens § 39, stk. 2, regulerer de såkaldte takserede policer.

§ 39. Selskabet er, selv om andet er aftalt, ikke forpligtet til at udrede større erstatning end, hvad der kræves til den lidte skades dækning.
Stk. 2. Indeholder forsikringsaftalen en bestemmelse, hvorved den forsikrede genstand ansættes til en bestemt værdi, eller bestemte vurderingsregler vedtages, er en sådan aftale

bindende for selskabet, for så vidt det ikke godtgør, at der derved ville blive erstattet mere end den lidte skade.

Foreligger der en takseret police, lægges den aftalte værdi således til grund, medmindre selskabet kan bevise, at der herved vil blive erstattet mere, end der kræves til dækning af skaden.

Det beror på en fortolkning af forsikringsaftalen, om der foreligger en takseret police. Efter praksis skal der dog være en klar angivelse af, at der er tale om en takseret police. Det forhold, at der i en police angives en bestemt forsikringssum, er således ikke ensbetydende med, at der foreligger en takseret police.

Fra praksis kan nævnes:

I UfR 1972.690 Ø fandtes påtegningen I forsikringssummen er indbefattet et maleri af Paul Klee angivet til en værdi af 100.000 kr. ikke at være udtryk for en takseret police. Afgørelsen skal dog ses i lyset af, at ejeren ikke kunne bevise, at maleriet rent faktisk var malet af Paul Klee.

I UfR 1990.319 SH var der i forsikringsbegæringen anført 680.000 DM som definitivt beløb , og policen angav forsikringssummen til 680.000 DM. Retten fandt ikke, at der var tale om en takseret police.

I FED 2000.6 V fremgik det af forsikringsbetingelserne, at Forsikringssummen er nyværdi ... Forsikringssummen ... som den fremgår af policen, er den aftalte og accepterede af parterne. Forsikringsforetagendet kan følgelig ikke påberåbe sig underforsikring. Sammenholdt med, at policen angav værdien for udenbords motor til 300.000 kr., fandtes der at være tale om en takseret police.

I AKF 49.427 (FED 2000.1937) fandt Ankenævnet for Forsikring ikke, at påtegningen Aftaler: ... Indbo. Bemærk ølsamling værdi ca. 100.000 kr. var udtryk for en takseret police.

11.2. Reglerne i de andre nordiske lande

11.2.1. Norge

Den norske forsikringsaftalelov indeholder i § 6-1-§ 6-2 bl.a. regler om erstatningsberegningen.

§ 6-1. *(erstatningsberegningen)*

Når ikke annet er bestemt i forsikringsavtalen, har sikrede krav på full erstatning for sitt økonomiske tap.

Skal erstatningen utmåles etter reparasjons- eller gjenanskaffelseskostnad, kan sikrede kreve erstatning for slik kostnad selv om reparasjon eller gjenanskaffelse ikke blir foretatt. Dette gjelder ikke dersom noe annet fremgår av vilkårene.

Sikrede kan kreve erstatningen utbetalt i penger, når ikke annet fremgår til vilkårene.

§ 6-2. *(taksert forsikringsverdi)*

Avtale om at et nærmere angitt tap skal erstattes med et bestemt beløp, kan settes til side etter krav fra selskapet bare dersom forsikringstakeren har gitt misvisende opplysninger om forhold av betydning for verdsettelsen. Reglerne i §§ 4-1 til 4-5 og 4-14 [om betydningen af, at forsikringstageren har afgivet urigtige oplysninger] gjelder tilsvarende.

11.2.2. Sverige

Den svenske forsikringsaftalelovs regler om forsikringsværdien ved skadesforsikringer i 36-39 §§ svarer i vidt omfang til reglerne i den danske forsikringsaftalelov. Det kan dog nævnes, at den svenske lov ikke indeholder en regel svarende til den danske lovs § 37, stk. 2, om indbogenstande mv.

36 § Har försäkring tagits å gods utan angivande av det intresse, som är föremål för försäkringen, skall denna antagas avse sådant intresse, som är beroende av att värdet av själva godset icke minskas eller går förlorat, men icke annat intresse, som är förknippat med godset, såsom att hinder icke möter för dess användning under viss tid eller på beräknat sätt.

37 § Värdet å gods, som skadats eller förstörts, skall, med undantag som i 38 och 75 §§ sägs, anses motsvara vad det omedelbart före försäkringsfallet skulle hava kostat att få godset ersatt med nytt gods av samma slag efter avdrag av vad godset kan hava förlorat i värde genom ålder och bruk, nedsatt användbarhet eller annan omständighet.

Vid beräknande av ersättning för skada å byggnad, som blivit av försäkringshavaren iståndsatt eller återuppförd, må avdraget ej avse annat än skillnaden mellan nytt och gammalt.

38 § Varor, som av en yrkesidkare tillverkats eller anskaffats för att försäljas, skola uppskattas till det pris, som de kunna antagas hava bort inbringa, om han omedelbart före försäkringsfallet sålt dem till annan för försäljning i rörelse av samma slag. Vid uppskattningen skall alltså

hänsyn tagas till undgången försäljningskostnad eller handelsrisk, uppkommen räntevinst eller annan dylik besparing.

39 § Ej vare försäkringsgivaren pliktig att såsom ersättning för inträffad skada utgiva större belopp än som erfordras för förlustens täckande, ändå att överenskommet försäkringsbelopp är större.

Innebär avtalet, att om skada timar, den skall ersättas efter visst angivet värde å gods, varå försäkring tagits, eller att ersättning eljest skall utgå efter grund, som icke finnes i denna lag stadgad, vare överenskommelsen bindande för försäkringsgivaren, så vitt han icke gitter visa, att med tillämpning därav ersättningen komme att uppgå till väsentligt högre belopp än som erfordras för förlustens täckande.

Konsumentförsäkringslagen indeholder ingen regler, der modsvarer 36-39 §§ i forsikringsaftaleloven, men bestemmer blot, at forsikringsaftalen skal indeholde nærmere regler om opgørelse af forsikringsværdien, jf. 37 §, stk. 2.

Försäkringsvillkoren skall innehålla regler om värderingen av skadad egendom och annan förlust til följd av försäkringsfallet.

Det seneste udkast til en ny svensk forsikringsaftalelov indeholder i 6 kap. bl.a. følgende regler om erstatningsberegningen ved skadesforsikring.

Allmänna regler om ersättningen

1 § Ersättning kan betalas för varje lagligt intresse som omfattas av försäkringen.

Avtal kan träffas om att ett visst slag av skada skall ersättas med ett bestämt belopp eller beräknas på ett bestämt sätt. Om på grund av omständigheter som försäkringsbolaget inte har eller borde ha räknat med vid avtalets ingående ersättningen skulle i betydande mån överstiga förlusten, är bolaget inte skyldigt att utge mera än som svarer mot denna.

Om inte annat framgår av försäkringsavtalet, betalas vid försäkring av viss egendom ersättning endast för att själva värdet av egendomen har minskats eller gått förlorat.

§ 2 Avser försäkringen värdet av egendom, skall, om inte annat framgår av försäkringsavtalet, det anses motsvara återanskaffningspriset omedelbart före försäkringsfallet med avdrag för ålder och bruk samt, när skadan inte avser en byggnad, för nedsatt användbarhet och annan omständighet. Om återanskaffning inte kan ske, skall värdet i stället anses motsvara vad som vid denna tidpunkt kunnat fås vid en ändamålsenlig försäljning.

11.2.3. Finland

Den finske forsikringsaftalelov indeholder i 8 kap. regler om erstatningsberegningen ved skadesforsikring. Det fremgår bl.a. af 57-58 §§ om overforsikring og underforsikring, at selskabet som udgangspunkt er bundet af et forsikringsbeløb, som i det væsentlige bygger på en vurdering, der er foretaget af selskabet eller dets repræsentant.

57 § *(Överförsäkring)*

Egendom eller ett intresse har överförsäkrats, om det försäkringsbelopp som anges i försäkringsavtalet avsevärt överstiger den försäkrade egendomens eller det försäkrade intressets rätta värde.

Försäkringsgivaren är inte skyldig att med anledning av ett försäkringsfall som har drabbat överförsäkrad egendom eller ett överförsäkrat intresse betala ut mera i ersättning än vad som behövs för att täcka skadan. Om försäkringsbeloppet dock väsentligen grundar sig på en värdering som har gjorts av försäkringsgivaren eller dennes representant skall ersättningen betalas enligt försäkringsbeloppet, utom i det fall att värderingen påverkats av att försäkringstagaren uppsåtligen har lämnat oriktiga eller bristfälliga uppgifter.

58 § *(Underförsäkring)*

Egendom eller ett intresse har underförsäkrats, om det försäkringsbelopp som anges i försäkringsavtalet avsevärt understiger den försäkrade egendomens eller det försäkrade intressets rätta värde.

I försäkringsvillkoren kan föreskrivas att försäkringsgivaren med anledning av ett försäkringsfall som har drabbat underförsäkrad egendom eller ett underförsäkrat intresse är skyldig att ersätta endast en så stor del av skadan som motsvarar förhållandet mellan försäkringsbeloppet och egendomens eller intressets värde. Om försäkringsbeloppet dock väsentligen grundar sig på en värdering som har gjorts av försäkringsgivaren eller dennes representant, skall ersättning betalas enligt skadebeloppet, dock högst upp till försäkringsbeloppet.

11.3. Udvalgets overvejelser

Udvalget har navnlig overvejet, om der er behov for ændringer/præciseringer af forsikringsaftalelovens § 37, stk. 2, om erstatningsberegningen for indbogenstande mv., samt om der er behov for en præcisering af, hvornår der foreligger en takseret police, jf. § 39, stk. 2.

Som det fremgår af kapitel 11.1. ovenfor, findes der i dag en omfattende rets- og Ankenævnspraksis, der nærmere belyser anvendelsen af § 37, stk. 2. Efter udvalgets opfattelse har der ikke i praksis vist sig behov for at ændre § 37, stk. 2. Det kan i den forbindelse også nævnes, at det ved UfR 1992.360 V er fastslået, at en fravigelse af bestemmelsen kræver en klar og udtrykkelig tilkendegivelse herom i forsikringsbetingelserne.

Udvalget finder heller ikke, at der er et praktisk behov for at præcisere, hvornår der er tale om en takseret police. Der skal efter rets- og Ankenævnspraksis foreligge en klar aftale herom, jf. kapitel 11.1. ovenfor.

---

1. Rigsdagstidende 1929-30, tillæg B, spalte 552.

2. Se f.eks. Preben Lyngsø: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 190 ff.

3. Se f.eks. Preben Lyngsø: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 195 ff., og Ivan Sørensen: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 154 ff.

Kapitel 12. Sikkerhedsforholdsregler

12.1. Gældende ret

Forsikringsbetingelserne indeholder ofte bestemmelser om, at sikrede skal overholde visse nærmere angivne forholdsregler for at mindske risikoen for, at forsikringsbegivenheden indtræder. En sådan sikkerhedsforholdsregel (også kaldet sikkerhedsforskrift) pålægger sikrede og/eller andre at foretage eller undlade bestemte handlinger for at forebygge forsikringsbegivenhedens indtræden eller begrænse skadens omfang. Det kan f.eks. være bestemmelser om, at en bygningsforsikring kun dækker, hvis ejendommen er forsvarligt vedligeholdt eller om, at en tyveriforsikring kun dækker, hvis døre og vinduer er forsvarligt aflåsede .

12.1.1. Skadesforsikringer

Forsikringsaftalelovens § 51 regulerer, i hvilket omfang forsikringsselskabet ved skadesforsikringer kan påberåbe sig bestemmelser i forsikringsbetingelserne om sådanne sikkerhedsforholdsregler.

§ 51. Er der i forsikringsaftalen givet pålæg om forholdsregler, der før forsikringsbegivenhedens indtræden skal iagttages for at forebygge denne eller formindske skadens omfang, og har den sikrede eller nogen, hvem det påhviler at påse forskrifternes gennemførelse, gjort sig skyldig i forsømmelse med hensyn til overholdelsen af sådant pålæg, har den sikrede kun krav mod selskabet, når og for så vidt det må anses godtgjort, at forsikringsbegivenhedens indtræden eller omfang ikke skyldes overtrædelse af disse forskrifter.

Stk. 2. Vidner undladelsen af at efterkomme forskrifterne om en forsømmelighed, som lader befrygte, at forskriften også i fremtiden vil blive overtrådt, eller er der i øvrigt grund til at befrygte, at nye overtrædelser vil finde sted, kan selskabet opsige aftalen med en uges hvis forsikringstageren har bopæl i Grønland, en måneds varsel.

Stk. 3. Aftale, der går ud på i videre omfang end angivet at fritage selskabet for ansvar, når

sådanne forskrifter overtrædes, er uden retsvirkning.

Det er efter § 51, stk. 1, for det første en betingelse, at sikkerhedsforholdsreglen er angivet i selve forsikringsbetingelserne, dvs. er en del af forsikringsaftalen. Der skal endvidere være tale om et pålæg, der indeholder en eller flere bestemte forholdsregler. Det skal således på en klar og tydelig måde være angivet, hvad det er, som skal undlades eller foretages, således at sikrede har mulighed for direkte af forsikringsbetingelserne at se, hvad der kræves af ham eller hende. En bestemmelse, der i almindelige vendinger kræver, at sikrede skal gøre, hvad han eller hun kan for at forebygge skader, er ikke tilstrækkelig.[1]

I UfR 1988.811 Ø indeholdt forsikringsaftalen en bestemmelse om, at en laksebestand skulle passes omhyggeligt til enhver tid . Da der ikke var givet nærmere anvisninger, og da der ikke var påvist en norm for "omhyggelig pasning til enhver tid , var der ikke tale om en sikkerhedsforholdsregel, hvis tilsidesættelse kunne føre til bortfald af selskabets ansvar.

I FED 1995.1253 V fremgik det af forsikringsbetingelserne for en bygningsforsikring, at det var en forudsætning for dækning i forbindelse med et byggeprojekt, at arbejdet udføres i overensstemmmelse med sædvanlig fagmæssig praksis . Forsikringsbetingelserne indeholdt imidlertid ikke nærmere anvisninger på de foranstaltninger, der skulle foretages, og der fandtes ikke faste normer for arbejdet i den konkrete sag (afstivning af byggeriet). Landsretten fandt på denne baggrund, at der ikke var tale om en sikkerhedsforholdsregel, hvis tilsidesættelse kunne føre til bortfald af selskabets erstatningspligt.

En sikkerhedsforholdsregel behøver ikke udtrykkeligt at være formuleret som et pålæg til sikrede om at foretage eller undlade en bestemt handling. Et vilkår i en tyveriforsikring om, at forsikringen kun dækker tyveri ved indbrud i forsvarligt aflåst bygning eller lokale , anses f.eks. for at indeholde en sikkerhedsforholdsregel om, at den sikrede skal holde forsikringsstedet forsvarligt aflåst.[2]

En sikkerhedsforholdsregel skal endvidere angå omstændigheder forud for forsikringsbegivenhedens indtræden. Vilkår om, at sikrede f.eks. skal anmelde tyveri til politiet, er således ikke en sikkerhedsforholdsregel, da vilkåret angår forhold, der skal iagttages efter forsikringsbegivenhedens (tyveriets) indtræden. Et sådant vilkår er snarere omfattet af § 52 om sikredes tabsbegrænsningspligt mv.

Den sikredes tilsidesættelse af en sikkerhedsforholdsregel medfører, at selskabet bliver ansvarsfri, hvis tilsidesættelsen skyldes forsømmelse hos sikrede mfl., dvs. hvis der er handlet forsætligt eller uagtsomt (herunder simpelt uagtsomt).

I AKF 41.133 (FED 1997.1478) havde sikrede netop låst sin dør op, da hun fik et epileptisk

anfald og måtte lægge sig på sengen, hvor hun faldt i søvn. Mens hun sov, blev hendes taske mv. stjålet. Tilsidesættelsen af sikkerhedsforholdsreglen om forsvarlig aflåsning fandtes ikke at kunne tilregnes den sikrede som forsømmelse.

I AKF 42.671 (Forsikring 10/1997) løb sikrede uden at låse døren til sit hus ind til naboen, der var kommet til skade og råbte om hjælp. Senere samme dag konstaterede sikrede, at der var stjålet nogle ting. Heller ikke i dette tilfælde fandtes sikrede ved forsømmelse at have tilsidesat sikkerhedsforholdsreglen om forsvarlig aflåsning.

§ 51 omfatter både forsømmelse udvist af sikrede selv og af andre, som det påhviler at påse forskrifternes gennemførelse. Det må som udgangspunkt afgøres på grundlag af den indgåede forsikringsaftale, hvem det påhviler at påse forskrifternes overholdelse. Det antages dog, at der i arbejdsforhold i almindelighed kun kan blive tale om ansatte med et selvstændigt ledelsesansvar, f.eks. arbejdsledere.[3]

I UfR 1999.1018 H fandtes en sikkerhedsforholdsregel, der vedrørte forhold begået med forsikringstagerens eller hans ansvarlige medarbejderes vilje eller vidende , ikke at omfatte to kranførere, der ikke havde et selvstændigt ledelsesansvar.

Selv om en sikkerhedsforholdsregel er overtrådt, og der er udvist forsømmelse af sikrede eller andre, kan sikrede dog kræve erstatning hos forsikringsselskabet, hvis han eller hun kan bevise, at den manglende overholdelse af sikkerhedsforholdsreglen har været uden betydning for forsikringsbegivenhedens indtræden og skadens størrelse. Det skal med andre ord bevises, at der ikke har været årsagssammenhæng mellem forskriftens tilsidesættelse og forsikringsbegivenhedens indtræden. Som eksempel herpå kan nævnes, at det efter et indbrud ganske vist viser sig, at en dør ikke har været forsvarligt aflåst, men at dette har ikke haft betydning for tyveriet, da tyven har skaffet sig adgang igennem et forsvarligt aflåst vindue.

I AKF 20.210 (Forsikring 2/1988) var en kaskoforsikret bil blevet beskadiget ved et færdselsuheld, mens den blev ført af en person uden kørekort. Den pågældende havde imidlertid modtaget 10 køretimer og havde dagligt kørt bil i de sidste 2½ år. Ankenævnet fandt det sandsynliggjort, at hans manglende kørekort havde været uden betydning for skaden, og selskabet måtte derfor betale erstatning.

Det må afgøres ved en fortolkning af de enkelte bestemmelser i forsikringsaftalen vedrørende selskabets ansvar, om der er tale om en objektiv afgrænsning af selskabets risiko eller en sikkerhedsforholdsregel.

Ved en objektiv risikoafgrænsning er selskabet ansvarsfri, hvis det kan påvise, at betingelserne i vilkåret er opfyldt, mens selskabet ved en sikkerhedsforholdsregel efter § 51 kun er

ansvarsfri, hvis der er årsagssammenhæng mellem den manglende overholdelse af vilkåret og forsikringsbegivenheden. Hvis f.eks. vilkåret i den ovennævnte AKF 20.210 var blevet anset for en objektiv risikoafgrænsning i stedet for en sikkerhedsforholdsregel, ville selskabet have været ansvarsfri, selv om det manglende kørekort var uden betydning for skadens indtræden.

Ivan Sørensen har anført, at der kan skelnes mellem vilkår, der udelukker forsikringsdækning for visse fare*arter* (objektiv risikoafgrænsning), og vilkår, hvor selskabet fraskriver sig ansvar under visse fare*omstændigheder* (sikkerhedsforholdsregler mv.).[4] Efter denne sondring kan selskabet f.eks. udelukke dækning af tyveri (farearten) af de forsikrede genstande, men har selskabet givet tilsagn om at ville dække tyveri, må et vilkår om, at forsikringen ikke dækker tyveri på visse steder, f.eks. ved jernbanestationer (fareomstændigheden), anses for en sikkerhedsforholdsregel, der reguleres af § 51.

Fra praksis kan i øvrigt nævnes:

Som anført ovenfor anses vilkåret tyveri ved indbrud i forsvarligt aflåst bygning eller lokale for en sikkerhedsforholdsregel, jf. UfR 1986.125 H, UfR 1986.129 H og UfR 1986.449 H. Det er ligeledes anset for en sikkerhedsforholdsregel, at en kaskoforsikring for biler ikke dækker, hvis motorkøretøjet med forsikringstagerens billigelse styredes af fører, der ikke havde officielt kørebevis , jf. UfR 1967.292 H.

I FED 1996.1294 Ø blev et vilkår om at sørge for tilstrækkelig opvarmning anset for en sikkerhedsforholdsregel. En bestemmelse om, at en kaskoforsikring for biler ikke omfatter skader som følge af kørsel uden vand eller olie, er ligeledes anset for en sikkerhedsforholdsregel, jf. UfR 2000.240 V.

I UfR 2001.1269 H blev et vilkår i en vognmands ansvarsforsikring om, at forsikringen ikke dækkede transporter, hvor de fornødne offentlige tilladelser ikke forelå, anset for en sikkerhedsforholdsregel.

Vilkår om, at der ikke ydes erstatning for tyveri af cykler, som ikke er aflåst med lås godkendt af Dansk Varefakta Nævn, anses derimod for at indeholde en objektiv afgrænsning af selskabets risiko, jf. AKF 26.065 og 28.993.[5] Det samme gælder vilkår om, at forsikringen ikke dækker tyveri af cykler, som har stået mere end 24 timer på offentligt tilgængeligt sted, jf. AKF 37.371 (FED 1996.1153).

Efter § 51, stk. 2, kan selskabet opsige forsikringen, hvis en sikkerhedsforholdsregel som følge af forsømmelse hos sikrede mfl. er blevet overtrådt. Opsigelse kan ske, selv om der ikke er sket en skade. Derimod kræves det, at der er grund til at forvente nye overtrædelser af sikkerhedsforholdsreglen, f.eks. fordi der er udvist en høj grad af skødesløshed.

12.1.2. Syge- og ulykkesforsikringer

For syge- og ulykkesforsikringer reguleres forsikringsselskabets mulighed for at påberåbe sig manglende overholdelse af sikkerhedsforholdsregler af forsikringsaftalelovens § 124. Reglen svarer endvidere til § 52 om redningsforanstaltninger ved skadesforsikringer.

§ 124. Har den, på hvis liv eller helbred forsikringen er tegnet, forsætlig eller af grov uagtsomhed undladt at foretage de efter omstændighederne rimelige foranstaltninger til forebyggelse af forsikringsbegivenheden eller til formindskelse af dennes omfang eller uden gyldig grund ikke efterkommet de forskrifter, som selskabet i så henseende har givet ham, svarer dette ikke for den skade, som kan antages foranlediget derved. Dette gælder dog ikke, for så vidt opfyldelsen af selskabets forskrifter ville medføre et utilbørligt indgreb i den pågældendes selvbestemmelsesret.

Stk. 2. Det kan ikke med retsvirkning aftales, at undladelsen skal have retsfølger i andre tilfælde eller i videre omfang end ovenfor nævnt.

§ 124 svarer i det væsentlige til, hvad der efter § 51 gælder ved skadesforsikringer. Efter § 124 er pligten til at overholde forskrifterne dog pålagt den forsikrede, dvs. den på hvis liv eller helbred forsikringen er tegnet. Efter § 124 skal der være tale om forsætlig eller groft uagtsom tilsidesættelse af forskrifterne, mens simpel uagtsomhed er tilstrækkelig efter § 51.[6] Den forsikrede har efter § 124 en almindelig pligt til i hele forsikringstiden at forebygge forsikringsbegivenhedens indtræden, mens det efter § 51 er en betingelse, at sikkerhedsforholdsreglen fremgår direkte af forsikringsbetingelserne.

Efter § 124, stk. 1, 2. pkt., gælder der en almindelig begrænsning i den forsikredes pligt til at overholde sikkerhedsforholdsregler mv., hvis der herved ville ske et utilbørligt indgreb i den pågældendes selvbestemmelsesret. Hensigten med reglen er navnlig at hindre selskabet i at forlange, at den forsikrede skal underkaste sig en mere indgribende operation for at forebygge følgerne af en ulykke eller sygdom.[7]

I UfR 1991.755 Ø fandtes den forsikrede ikke forpligtet til at underkaste sig en operation af den ene hånds tommelfinger. Landsretten henviste bl.a. til operationens omfang og intensitet, den usikkerhed, der knytter sig til enhver operation, tabet af finmotorik i højre hånd og den ikke helt kortvarige sygemelding (7 uger) efter operationen.

12.2. Reglerne i de andre nordiske lande

12.2.1. Norge

I forbindelse med udarbejdelsen af den nye norske forsikringsaftalelov blev der peget på de problemer, som anvendelsen af skjulte handlingsklausuler hidtil havde rejst i relation til reglerne om sikkerhedsforholdsregler.[8]

Med udtrykket skjulte handlingsklausuler sigtes til vilkår i forsikringsaftalen, som tilsyneladende indeholder en objektiv afgrænsning af en fare, som ikke er omfattet af forsikringsdækningen, men hvor denne fare alene kan udløses ved en handling eller undladelse fra sikredes side. Det kan nævnes, at vilkår om, at en forsikring kun dækker tyveri ved indbrud (aflåste døre og vinduer) eller tyveri af aflåst cykel , i norsk ret tidligere blev anset for en objektiv afgrænsning af forsikringsdækningen. Det samme gælder vilkår om, at forsikringen ikke dækker skader, som skyldes mangelfuld vedligeholdelse af den forsikrede genstand.

Det lovforberedende udvalg fandt, at forsikringsselskabet som udgangspunkt bør have mulighed for at fastlægge forsikringens dækningsomfang i form af, hvilke ydre farer som er omfattet. Selskabet må f.eks. frit kunne afgøre, om det vil dække skader i forbindelse med krig, brand eller strømsvigt.

Efter udvalgets opfattelse er det væsentligt med klare grænser mellem de områder, hvor der er aftalefrihed, og de områder, hvor forsikringsaftalelovens regler er ufravigelige. Dette skaber navnlig problemer ved de ovennævnte skjulte handlingsklausuler , hvor vilkår om ansvarsbegrænsninger, der knytter sig til sikredes eller andres brug af den forsikrede genstand, let vil kunne formuleres som en objektiv risikoafgrænsning. Udvalget anså det for den mest enkle og sammenhængende løsning, at alle vilkår af denne art behandles efter reglerne om sikkerhedsforholdsregler.

I overensstemmelse hermed indeholder den norske forsikringsaftalelov i § 1-2, litra e, for skadesforsikringer en definition af sikkerhedsforholdsregler, der bl.a. omfatter ethvert vilkår, som i realiteten knytter virkninger til handlinger eller undladelser fra sikredes eller andres side (nr. 3):

(e) sikkerhetsforskrift: et påbud i forsikringsavtalen om:

(1) at sikrede skal sørge for bestemte anordninger eller treffe bestemte tiltak som er egnet til å forebygge eller begrense skade,
(2) at sikrede eller andre ved bruk, oppbevaring eller vedlikehold av forsikringsgjenstanden skal ha bestemte kvalifikasjoner eller sertifikater,
(3) at sikrede eller andre ved bruk, oppbevaring eller vedlikehold av forsikringsgjenstanden skal gå fram på bestemte angitte måter.

I modsætning til tidligere norsk ret indebærer denne definition, at f.eks. vilkår om, at en

tyveriforsikring kun dækker indbrudstyveri eller tyveri fra aflåst lokale , må anses for at indeholde en sikkerhedsforholdsregel om, at sikrede skal sørge for aflåsning af stedet.[9]

Efter § 4-8 kan forsikringsselskabet kun påberåbe sig tilsidesættelsen af en sikkerhedsforholdsregel, hvis der er årsagssammenhæng mellem skaden og tilsidesættelsen. Det er endvidere en betingelse, at tilsidesættelsen kan bebrejdes den sikrede, dvs. at sikrede har handlet uagtsomt. Der ses dog bort fra en vis undskyldelig forsømmelse (bare lite å legge sikrede til last).

§ 4-8. *(overtredelse av sikkerhetsforskrifter)*

Selskapet kan ta forbehold om at det skal være helt eller delvis uten ansvar dersom en sikkerhetsforskrift er overtrådt, jf § 1-2 bokstav e. Et slikt forbehold kan ikke gjøres gjeldende dersom det ike er noe eller bare lite å legge sikrede til last, eller dersom forsikringstilfellet ikke skyldes overtredelsen. Selv om selskapet etter denne bestemmelse kan gjøre gjeldende at en sikkerhetsforskrift er overtrådt, kan det likevel pålegges delvis ansvar under hensyn til arten av den sikkerhetsforskrift som er overtrådt skyldgraden, skadeforløpet og forholdene ellers.

Som det fremgår af reglen, er der selv om selskabet for så vidt kan påberåbe sig tilsidesættelsen af en sikkerhedsforholdsregel mulighed for en mere skønsmæssig reduktion af selskabets ansvar. I denne vurdering indgår bl.a., hvor nær årsagssammenhængen er mellem skaden og sikkerhedsforholdsreglens tilsidesættelse, og om der er tale om en almindelig kendt sikkerhedsforholdsregel, f.eks. om at parkerede biler skal låses.

De regler i § 4-11-§ 4-14, der er beskrevet ovenfor i kapitel 7.2.1. om bl.a. identifikation, hensyntagen til sikredes livsforhold ved afgørelsen af, om erstatningen skal nedsættes, og om forsikringsselskabets pligt til at give meddelelse, hvis det vil påberåbe sig sikredes tilsidesættelse af sine pligter mv., gælder også ved manglende overholdelse af sikkerhedsforholdsregler.

For personforsikringer indeholder forsikringsaftalelovens § 13-9 følgende regel:

§ 13-9. *(uaktsom fremkalling av forsikringstilfellet)*

Har den forsikrede ved annen forsikring enn livsforsikring grovt uaktsomt fremkalt forsikringstilfellet eller økt skadens omfang, kan selskapets ansvar settes ned eller falle bort. Det samme gjelder dersom den forsikrede grovt uaktsomt har fremkalt forsikringstilfellet gjennom overtredelse av en sikkerhetsforskrift. Ved avgjørelsen skal det legges vekt på skyldgraden, skadeforløpet, om forsikrede var i selvforskyldt rus, hvilken virkning nedsettelse eller bortfall av selskapets ansvar vil få for den som har krav på forsikringen eller for andre

personer som er økonomisk avhengige av ham eller henne og forholdene ellers.

I andre tilfeller enn nevnt i første ledd kan selskapet ikke påberope seg at den forsikrede uaktsomt har fremkalt forsikringstilfellet.

Selskapet kan ikke påberope seg reglene i første ledd dersom den forsikrede på grunn av alder eller sinnstilstand ikke kunne forstå rekkevidden av sin handling.

Ved personforsikringer kan selskabet således kun påberåbe sig tilsidesættelse af en sikkerhedsforholdsregel, hvis tilsidesættelsen kan tilregnes sikrede som forsætlig eller groft uagtsom. § 13-9 nævner ikke livsforsikringer, hvilket indebærer, at der ved livsforsikringer ikke kan fastsættes sikkerhedsforholdsregler.

De regler i § 13-10 og § 13-13, der er beskrevet ovenfor i kapitel 7.2.1. om bl.a. forsikringsselskabets pligt til at give meddelelse, hvis det vil påberåbe sig sikredes tilsidesættelse af sine pligter mv., gælder også ved manglende overholdelse af sikkerhedsforholdsregler.

12.2.2. Sverige

Den svenske forsikringsaftalelov indeholder i 51 § en bestemmelse om sikkerhedsforholdsregler, der i det væsentlige svarer til den danske forsikringsaftalelovs § 51.

51 § Åsidosättes viss i försäkringsavtalet meddelad föreskrift, vars iakttagande är ägnat att förebygga eller begränsa skada, vare försäkringsgivaren ersättningsskyldig endast om och i den mån skadan, efter vad antagas må, skulle hava inträffat även om föreskriften blivit iakttagen. Framgår av omständigheterna, att underlåtenheten icke kan läggas den till last, som haft att tillse, att föreskriften iakttogs, vare den utan inverkan å försäkringsgivarens ersättningsskyldighet.

Är anledning att befara, att säkerhetsföreskrift jämväl i framtiden kommer att åsidosättas, äge försäkringsgivaren uppsäga avtalet att upphöra fjorton dagar efter uppsägningen.

Förbehåll, att försäkringsgivaren, där meddelad föreskrift ej iakttages, skall vara fri från ersättningsskyldighet i vidare mån än förut i denna paragraf är sagt, må ej av honom åberopas.

Selskabet kan således alene påberåbe sig tilsidesættelsen af en sikkerhedsforholdsregel, hvis tilsidesættelsen kan bebrejdes den sikrede, og hvis der er årsagssammenhæng mellem tilsidesættelsen og den skete skade.

Konsumentförsäkringslagen indeholder i 31 § en regel, hvorefter der bl.a. kan ske en skønsmæssig nedsættelse af erstatningen ved forsætlig eller uagtsom (herunder simpelt uagtsom) tilsidesættelse af en sikkerhedsforholdsregel.

31 § Har den försäkrade uppsåtligen eller genom oaktsamhet åsidosatt sina åligganden enligt försäkringsvillkoren, kan ersättning från försäkringen sättas ned såvitt gäller honom. Nedsättningen görs efter vad som är skäligt med hänsyn till försummelsens betydelse för försäkringsfallet och för omfattningen av skadan samt till den försäkrades uppsåt eller oaktsamhet och omständigheterna i övrigt.

Med den försäkrade jämställs annan som har handlat med hans samtycke. Också den som beträffande försäkrad egendom har en väsentlig ekonomisk gemenskap med den försäkrade jämställs med denne. Detsamma gäller den som i den försäkrades ställe eller tilsammans med denne har haft tillsyn över försäkrad egendom, om förbehåll om detta har gjorts i försäkringsvillkoren.

Det seneste udkast til en ny svensk forsikringsaftalelov indeholder i 4 kap. 6 § for skadesforsikringer en regel om sikkerhedsforholdsregler, der i det væsentlige svarer til, hvad der i dag gælder efter konsumentförsäkringslagens 31 §, stk. 1.

Säkerhetsföreskrifter

6 § Om den försäkrade vid försäkringsfallet har försummat att följa en säkerhetsföreskrift som tydligt framgår av försäkringsvillkoren eller av en författning vartill villkoren hänvisar, kan ersättningen från försäkringen sättas ned såvitt angår honom efter vad som är skäligt med hänsyn till förhållandets samband med den inträffade skadan, det uppsåt eller den vårdslöshet som har förekommit och omständigheterna i övrigt.

Med säkerhetsföreskrift avses föreskrift om vissa bestämda handlingssätt eller anordningar som är ägnade att förebygga eller begränsa skada eller om vissa bestämda kvalifikationer hos den försäkrade eller hans anställda eller andra medhjälpare.

De regler i 4 kap. 8-11 §§, der er beskrevet ovenfor i kapitel 7.2.2. om bl.a. identifikation og selskabets pligt til at give meddelelse, hvis det vil påberåbe sig sikredes tilsidesættelse af sine pligter mv., gælder også ved tilsidesættelse af sikkerhedsforholdsregler. Det følger heraf bl.a., at selskabet ikke kan påberåbe sig manglende overholdelse af en sikkerhedsforholdsregel, hvis der alene er tale om ringe uagtsomhed hos den sikrede, jf. 9 §, stk. 1, nr. 1.

For så vidt angår personforsikringer, fremgår det af udkastets 13 kap. 9 §, at selskabet kun kan påberåbe sig tilsidesættelse af en sikkerhedsforholdsregel, hvis den sikrede har handlet

forsætligt eller groft uagtsomt.

9 § Om den försäkrade, genom överträdelse av en säkerhetsföreskrift eller på annat sätt, av grov vårdslöshet har framkallat ett försäkringsfall eller förvärrat en inträffad skada, kan försäkringsbolagets ansvar vid sjuk- och olycksfallsförsäkring sättas ned efter vad som är skäligt. Detta gällar dock inte, om den försäkrade var under femton år eller i sådant sinnestillstånd som avses i 30 kap. 6 § brottsbalken.

Som grov vårdslöshet skall vid tillämpning av första stycket anses att den försäkrade måste antas ha handlat eller underlåtit att handla i vetskap om at detta innebar en betydande risk för skada.

De regler i 13 kap. 10-12 §§, der er beskrevet ovenfor i kapitel 7.2.2. om bl.a. selskabets pligt til at give meddelelse, hvis det vil påberåbe sig sikredes tilsidesættelse af sine pligter mv., gælder også ved manglende overholdelse af en sikkerhedsforholdsregel.

12.2.3. Finland

Den finske forsikringsaftalelov indeholder i 31 § en regel om sikkerhedsforholdsregler ved skadesforsikringer.

31 § *(Säkerhetsföreskrifter vid skadeförsäkring)*

I ett försäkringsavtal kan tas in föreskrifter om anordningar, metoder och andra arrangemang som syftar till at förebygga eller begränsa skada, eller om att den som nyttjar eller sköter försäkringsobjektet skall ha en viss kompetens (*säkerhetsföreskrifter)*.

Den försäkrade skall iaktta säkerhetsföreskrifterna.

Om den försäkrade uppsåtligen eller av oaktsamhet som inte kan anses vara ringa har åsidosatt sin skyldighet enligt 2 mom., kan ersättningen till honom sänkas eller förvägras.

Vid ansvarsförsäkring kan ersättningen dock på grund av den försäkrades oaktsamhet sänkas eller förvägras endast om han har åsidosatt sin skyldighet av grov oaktsamhet eller, när så föreskrivs i försäkringsvillkoren, om hans bruk av alkohol eller något annat rusmedel har varit en bidragande orsak till försummelsen. Angående en skadelidande fysisk persons rätt till ersättning gäller härvid på motsvarande sätt vad som stadgas i 30 § 4 mom.

Som det fremgår af reglen, kan forsikringsselskabet ikke påberåbe sig tilsidesættelse af en sikkerhedsforholdsregel, som alene skyldes ringe uagtsomhed. Stk. 4 indeholder en særlig regel

om ansvarsforsikringer, som indebærer, at erstatningen til en skadelidt fysisk person ikke nedsættes, selv om sikrede har tilsidesat en sikkerhedsforholdsregel, men selskabet skal dog kun betale erstatning i det omfang, den skadelidte ikke kan inddrive beløbet hos den sikrede/ skadevolderen.

De regler i 33-34 §§ og 36 §, der er beskrevet ovenfor i kapitel 7.2.3. om bl.a. identifikation og om vurderingen af, hvornår erstatningen skal nedsættes eller bortfalde, gælder også ved tilsidesættelse af sikkerhedsforholdsregler. Det kan bl.a. nævnes, at der ved vurderingen af erstatningens eventuelle nedsættelse eller bortfald efter 34 § skal lægges vægt på, hvilken betydning tilsidesættelsen af sikkerhedsforholdsreglen har haft for skaden, graden af sikredes forsæt eller uagtsomhed samt forholdene i øvrigt.

12.3. Udvalgets overvejelser

Forsikringsaftalelovens § 51 giver forsikringsselskabet mulighed for at pålægge sikrede at overholde bestemte forholdsregler med henblik på at forebygge forsikringsbegivenhedens indtræden eller mindske skadens omfang. Det er dog en forudsætning, at sikkerhedsforholdsreglen fremgår direkte og med den fornødne klarhed af forsikringsaftalen, således at sikrede af forsikringsbetingelserne kan se, hvad der forventes af ham eller hende.

Selskabet kan imidlertid ikke påberåbe sig enhver tilsidesættelse af en sikkerhedsforholdsregel som grundlag for at undlade at udbetale erstatning. Tilsidesættelsen er kun relevant i det omfang, der er årsagssammenhæng mellem sikkerhedsforholdsreglens tilsidesættelse og skadens indtræden. Har tilsidesættelsen været uden betydning for skadens indtræden, har sikrede således krav på fuld erstatning.

Det er endvidere en betingelse, at sikrede eller andre ved forsømmelse (uagtsomhed) har tilsidesat sikkerhedsforholdsreglen, dvs. at tilsidesættelsen skal kunne bebrejdes den eller de pågældende. Det må i hver enkelt situation konkret vurderes, om sikrede eller andre har udvist forsømmelse, jf. kapitel 12.1. ovenfor.

Der har efter udvalgets opfattelse ikke i praksis vist sig et behov for at ændre forsikringsaftalelovens § 51 om sikkerhedsforholdsregler. Efter udvalgets opfattelse er reglen udtryk for en rimelig og passende balance mellem hensynet til, at forsikringsselskabet kan stille krav om overholdelse af bestemte forholdsregler for at mindske risikoen for, at der sker skader, og hensynet til, at sikrede ikke ved enhver tilsidesættelse af en sikkerhedsforholdsregel mister retten til erstatning.

Udvalget finder heller ikke, at der er grundlag for nærmere at søge præciseret, hvad der skal forstås ved en sikkerhedsforholdsregel . Der findes i dag en forholdsvis omfattende praksis fra

domstolene og fra Ankenævnet for Forsikring, der fastlægger, hvilke typer af vilkår der anses at indeholde en sikkerhedsforholdsregel, og spørgsmålet volder efter det for udvalget oplyste ikke nævneværdige problemer i praksis. Den nærmere afgrænsning af begrebet sikkerhedsforholdsregel bør således som hidtil overlades til domstolene og Ankenævnet for Forsikring.

Som det fremgår af kapitel 12.2.1. ovenfor, blev udformningen af den norske forsikringsaftalelovs regler om sikkerhedsforholdsregler overvejet nøje navnlig set i lyset af de hidtidige problemer med de såkaldte skjulte handlingsklausuler .

Udvalget vil imidlertid pege på, at dette synes at hænge sammen med, at tidligere norsk retspraksis mv. i videre omfang end praksis i Danmark har anset ansvarsbegrænsende vilkår for at indeholde en objektiv afgrænsning af forsikringens dækningsområde frem for en sikkerhedsforholdsregel.

Det gælder f.eks. vilkår om, at en tyveriforsikring kun dækker ved indbrud, dvs. ved forsvarlig aflåsning af døre og vinduer. Et sådant vilkår blev i Norge tidligere anset for en objektiv risikoafgrænsning, mens det i Danmark anses for en sikkerhedsforholdsregel. Anses vilkåret for en objektiv risikoafgrænsning, er selskabet fri for ansvar, blot betingelserne i vilkåret er opfyldt. Er der derimod tale om en sikkerhedsforholdsregel, er selskabet kun ansvarsfri, hvis der er årsagssammenhæng mellem reglens tilsidesættelse og skadens indtræden

Den særlige regel i § 51, stk. 2, om opsigelse af forsikringen ved tilsidesættelse af en sikkerhedsforholdsregel er efter det oplyste uden praktisk betydning. Udvalget foreslår på denne baggrund reglen ophævet.

Udvalget finder endelig ikke, at der i praksis har vist sig et behov for at ændre forsikringsaftalelovens § 124 om sikkerhedsforholdsregler mv. ved syge- og ulykkesforsikringer.

Der henvises til kapitel 23 nedenfor, der indeholder udvalgets lovudkast med bemærkninger (lovudkastets § 1, nr. 14).

---

1. Kommissionsudkastet, side 91.

2. UfR 1986.125 H, UfR 1986.129 H og UfR 1986.449 H. Se nærmere om sådanne skjulte handlingsklausuler Ivan Sørensen i UfR 1993B.275 og NFT 1999.274. Betingelsen om forsvarlig aflåsning er endvidere bl.a. behandlet nærmere af Henning Jønsson i FEST 2000.53.

3. Kommissionsudkastet, side 91 f., Preben Lyngsø: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 233 f., og Ivan Sørensen: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 185 f.

4. Ivan Sørensen: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 177 ff.

5. Refereret i Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 205.

6. Ivan Sørensen har dog peget på, at reglen kan fortolkes således, at det i stk.1, 1. pkt., 2. led, blot er en betingelse, at forskrifterne ikke er efterkommet uden gyldig grund , jf. Forsikringsret, side 211, og Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 320.

7. Kommissionsudkastet, side 168.

8. NOU 1987:24, side 73 ff.

9. NOU 1987:24, side 98. Se i øvrigt om skjulte handlingsklausuler Hans Jacob Bull: Studiemateriale i forsikringsrett I, side 280 ff.

Kapitel 13. Brandforsikring

13.1. Gældende ret

Forsikringsaftalelovens §§ 79-88 indeholder særlige regler om brandforsikring.

13.1.1. Dækningsområde

§ 79 angiver dækningsområdet for en brandforsikring.

§ 79. Brandforsikring dækker den ved ildsvåde forårsagede skade på en af forsikringen omfattet genstand, selv om denne ikke kommer i brand. Skade, forårsaget af ild, der ikke kan betegnes som ildsvåde, omfattes ikke af forsikringen.

Begrebet ildsvåde er ikke nærmere defineret i loven, men efter forarbejderne skal der være tale om løssluppen, flammende ild[1]. Det betyder, at skader, der ikke skyldes flammedannelse, f. eks. svidning af tøj eller møbler på grund af tobaksrygning, ikke er omfattet af brandforsikringen. Hvis der tabes en brændende tændstik, og der svides huller i tøj eller møbler, skyldes beskadigelsen derimod flammedannelse, og skaden er omfattet af forsikringen, jf. f.eks. UfR 1981.149 V.

Der skal endvidere være tale om ild, der er sluppet løs, jf. også § 79, 2. pkt. Ild, der er på det dertil indrettede sted, er ikke sluppet løs, f.eks. ilden i et havebål eller en pejs.

I AKF 2670[2] var det ikke tale om ildsvåde, at nogle kunstige tænder blev skadet ved, at de ved et uheld blev smidt ind i en tændt pejs. Tilsvarende afgørelser findes i AKF 2099 (briller tabt ned i havebål), AKF 23.086 (ur tabt i et bål) og AKF 15.549 (briller tabt ind i et halmfyr). I AKF 29.220 havde forsikringstageren efter jul brændt gavepapir mv. af i haven, men havde overset en kuvert med ca. 2.500, som var en gave til hans samlever. Skaden var ikke forårsaget

af ildsvåde.

Fra praksis vedrørende fastlæggelsen af begrebet ildsvåde kan i øvrigt nævnes:

I AKF 33.479 (FED 1994.748) havde forsikringstagerens 3-årige søn lagt briller og ur ind i en mikrobølgeovn og tændt for ovnen. Ankenævnet fandt, at der ikke var tale om ildsvåde.

I AKF 37.498 (FED 1996.1160) var to par briller lagt på en brændeovn. De blev senere overset, da der blev tændt op i ovnen, og brillerne smeltede. Ankenævnet fandt også her, at der ikke var tale om ildsvåde.

I UfR 2000.1428 V udtaltes, at ildsvåde forudsætter, at der har foreligget flammedannelse. Da en skade på filtrene i et halmfyret fjernvarmeanlæg skyldtes varmepåvirkningen efter en glødebrand, var skaden herefter ikke omfattet af forsikringen.

Forsikringsaftalelovens § 80 indeholder en regel om, at selskabet ikke er ansvarlig for skade, der skyldes, at en genstand forsætligt er udsat for varme.

§ 80. Udsættes en genstand forsætlig for varme ved kogning, strygning, tørring, røgning eller lignende er selskabet ikke ansvarlig for den derved opståede skade på genstanden, selv om den kommer i brand.

Formålet med reglen er at undgå forsikringsdækning for en række småskader og undgå, at den sikrede bevidst fremkalder sådanne skader.[3]

Reglen antages alene at omfatte skade på selve den genstand, der forsætligt udsættes for varme, mens skade på andre genstande som følge af opvarmning vil være omfattet af forsikringsdækningen (forudsat at der har været tale om ildsvåde).

I AKF 23.120[4] var nogle tallerkner blevet ødelagt som følge af, at en opvaskemaskine var brudt sammen og havde udviklet så megen varme, at trådstativet i maskinen var smeltet sammen med tallerknerne. Ankenævnet for Forsikring fastslog, at uanset om der havde været egentlig brand eller ej, var skaden omfattet af en dækningsundtagelse i forsikringen, der svarede til forsikringsaftalelovens § 80.

I AKF 25.690 antog Ankenævnet, at § 80 kun omfatter genstande, der ved en forsætlig udefra kommende varmepåvirkning kommer i brand. Selskabet var derfor ansvarlig for skaden på selve tørretumbleren, der var brudt i brand.

I AKF 28.994 var der sket en kortslutning i en kaffemaskine, som smeltede og antændte

bordpladen. Ankenævnet antog, at skaden på bordpladen var dækket af forsikringen.

I AKF 34.298 (FED 1994.1141) ville forsikringstageren slukke for en kogeplade, men kom i stedet til at skrue op på maksimal varme, hvorved der gik ild i grydens indhold, og hele lejligheden blev sodskadet. Ankenævnet fandt, at ilden i gryden måtte betragtes som ildsvåde, og at maden i gryden, men ikke lejlighedens indbo i øvrigt havde været udsat for forsætlig varmepåvirkning. Selskabet skulle derfor erstatte skaden på lejlighedens indbo. Selskabet meddelte, at det ikke ville følge Ankenævnets kendelse, men en retssag anlagt af forsikringstageren blev efterfølgende forligt med betaling af 17.000 kr. mod påstået 25.000 kr. [5]

13.1.2. Identifikation

Efter forsikringsaftalelovens § 85 sker der ved brandforsikring identifikation mellem sikrede og hans eller hendes ægtefælle ved forsætlig eller grov uagtsom fremkaldelse af forsikringsbegivenheden.

§ 85. Reglerne i §§ 18 og 19 gælder også, hvis forsikringsbegivenheden fremkaldes af den sikredes med ham samlevende ægtefælle.

Reglen er i forarbejderne begrundet med det faktiske interessefællesskab mellem samlevende ægtefæller.[6] Det er i den juridiske litteratur ikke endeligt afklaret, i hvilket omfang reglen også omfatter ugifte samlevere.[7]

UfR 1989.82 V tager ikke udtrykkelig stilling til spørgsmålet. Landsrettens flertal udtalte, at selv om forsikringsaftalelovens § 85 måtte kunne finde anvendelse i samlivsforhold , fandtes der ikke i den konkrete sag grundlag for at anvende reglen analogt (samlivsforholdet ansås for endeligt ødelagt, da manden påsatte branden). Den dissentierende dommer fandt ikke, at § 85 kunne anvendes analogt på samlivsforhold.

I AKF 31.630[8] fandt Ankenævnet for Forsikring, at § 85 under hensyn til det oplyste om parternes samliv, herunder deres økonomiske interessefællesskab, fandt anvendelse. Parterne havde levet sammen i 3 år indtil branden, de havde et fælles barn, og de havde begge bidraget til indkøb af nyanskaffelser til hjemmet.

13.2. Reglerne i de andre nordiske lande

13.2.1. Norge

Den norske forsikringsaftalelov indeholder ikke særlige regler om brandforsikringer. Som anført i kapitel 7.2.1. ovenfor indeholder loven i § 4-11 en generel regel om identifikation ved skadesforsikringer.

13.2.2. Sverige

Den svenske forsikringsaftalelov indeholder regler om brandforsikring, som i det væsentlige svarer til reglerne i den danske forsikringsaftalelov. Det gælder bl.a. 79-80 §§ om, hvad der skal forstås ved brand, og 85 § om identifikation.

79 § I avtal om brandförsäkring skall med brand förstås eld, som är kommen lös. För skada genom eld, som icke är brand, är försäkringsgivaren icke ansvarig. Såsom brandskada anses alltså icke:

skada genom rök eller sot från lampa eller från uppgjord eld i spis eller kakelugn,
skada därigenom att från eldstad eller vid tobaksrökning glöd nedfaller och sveder matta eller klädespersedel, eller
skada, som upphettat föremål, det där icke är i brand, åstadkommer å annat föremål, utan att detta råkar i brand.

Däremot är försäkringsgivaren ansvarig för skada, som uppstår därigenom att hetta eller rök från ett föremål, som är i brand, genom svedning eller annorledes skadar annat föremål, utan att detta råkar i brand.

80 § Skada å föremål genom brand, som uppkommer till följd därav, att föremålet blivit för kokning, strykning, torkning, rökning eller dylikt utsatt för värme, vare försäkringsgivaren ej skyldig att ersätta.
...

85 § Har försäkringshavarens make föranlett försäkringsfallets inträffande, skall, där ej makarna på grund av söndring eller efter vunnen hemskillnad leva åtskilda, vad i 18 och 19 §§ stadgas äga tillämpning såsom hade försäkringsfallet framkallats av försäkringshavaren.

Konsumentförsäkringslagen indeholder ikke særlige regler om brandforsikring. Som anført i kapitel 8.2.2. ovenfor indeholder loven i 31 §, stk. 2, for skadesforsikringer en generel identifikationsregel, som i almindelighed vil omfatte sikredes ægtefælle eller samlever.[9]

Det seneste udkast til en ny svensk forsikringsaftalelov indeholder heller ikke særlige regler om brandforsikring. Som anført i kapitel 7.2.2. ovenfor indeholder udkastet i 4 kap. 8 § en generel regel om identifikation ved skadesforsikringer.

13.2.3. Finland

Den finske forsikringsaftalelov indeholder ikke særlige regler om brandforsikringer. Som anført i kapitel 7.2.3. ovenfor indeholder loven i 33 § en generel regel om identifikation ved skadesforsikringer.

13.3. Udvalgets overvejelser

Udvalget har overvejet, om der er behov for en præcisering af begrebet ildsvåde i forsikringsaftalelovens § 79. Som det fremgår af kapitel 13.1. ovenfor, findes der i dag en ganske omfattende praksis fra domstolene og Ankenævnet for Forsikring, der fastlægger det nærmere indhold af begrebet. Udvalget finder på denne baggrund ikke, at der er behov for at søge at beskrive begrebet nærmere i lovteksten.

Udvalget har endvidere overvejet en præcisering af § 80 om forsætlig varmepåvirkning, men har ikke fundet, at der er behov herfor.

Udvalget har endelig overvejet, om § 85 om identifikation mellem sikrede og dennes ægtefælle bør ændres, så den udtrykkeligt også omfatter ugifte samlevende.

Som det fremgår af kapitel 13.1. ovenfor, har der i hvert fald tidligere været tvivl om, i hvilket omfang der i medfør af § 85 kan ske identifikation mellem sikrede og dennes samlever. Ankenævnet for Forsikring har dog antaget, at § 85 efter en konkret vurdering af samlivsforholdets karakter også kan anvendes ved ugifte samlevende.

I lyset af nutidens familiemønstre må § 85 efter udvalgets opfattelse forstås således, at der som antaget af Ankenævnet efter en konkret vurdering af samlivsforholdet, herunder parternes økonomiske interessefællesskab, kan ske identifikation mellem sikrede og dennes samlever.

Udvalget vil i den forbindelse pege på, at der efter retspraksis også på andre områder på ulovbestemt grundlag efter omstændighederne er sket identifikation mellem sikrede og en anden person, som har fremkaldt forsikringsbegivenheden f.eks. hvis der har været et økonomisk interessefællesskab mellem parterne.[10] Se herom kapitel 7.1. ovenfor og f.eks.:

I UfR 1996.413 H havde føreren af et skib uagtsomt forvoldt skade på skibet, som var ejet af et partrederi, hvori føreren deltog med 25 pct. og en anden person med 75 pct. Under henvisning til det økonomiske interessefællesskab mellem partrederiet og føreren kunne forsikringsselskabet uden begrænsning påberåbe sig en afkortningsregel i forsikringsaftalen for

skader forvoldt ved simpel uagtsomhed.

I UfR 2001.980 H blev der som følge af det økonomiske interessefællesskab statueret identifikation mellem revisorerne i et revisionsselskab med hensyn til én af revisorernes groft uagtsomme forhold.

Forsikringsaftaleloven indeholder ikke generelle regler om, i hvilket omfang der kan ske identifikation mellem sikrede og en anden person, som har fremkaldt forsikringsbegivenheden. Efter udvalgets opfattelse bør den nærmere fastlæggelse heraf som hidtil foretages i retspraksis og af Ankenævnet for Forsikring.

Efter udvalgets opfattelse gælder dette også i relation til den særlige regel i § 85 om identifikation ved brandforsikring mellem sikrede og dennes ægtefælle. Udvalget finder på denne baggrund ikke grundlag for at udvide bestemmelsen til at gælde generelt for ugifte samlevende. I overensstemmelse med praksis hos Ankenævnet for Forsikring må det bero på en konkret vurdering af samlivsforholdet, i hvilket omfang der kan ske identifikation, hvis branden er forvoldt af sikredes samlever.

---

1. Kommissionsudkastet, side 123.

2. Denne og de følgende afgørelser er alle refereret i Preben Lyngsø: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 295 f.

3. Kommissionsudkastet, side 123.

4. Denne og de to næste afgørelser er alle refereret i Preben Lyngsø: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 298.

5. Ivan Sørensen: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 225.

6. Kommissionsudkastet, side 126.

7. Preben Lyngsø anfører, at begrundelsen for reglen ikke er overbevisende, og at der derfor må udvises betydelig forsigtighed med at statuere identifikation med hensyn til samlevere (note: Preben Lyngsø: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 119 f. og 308 (det tidligere synspunkt om, at der normalt sker identifikation, jf. JUR 1981.201, er således opgivet). Inger Margrete Pedersen antager i betænkning nr. 720/1974 om samliv og ægteskab, side 19, at § 85 næppe kan anvendes analogt på samlivsforhold, mens Georg Lett og C.C.

Munksgaard Nielsen: Forsikringsjura (1997), side 72, giver udtryk for det modsatte synspunkt. Se også Peter Vesterdorf i JUR 1981.507 og Carsten Sommer i UfR 1978B.309.

8. Refereret i Ivan Sørensen: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 234.

9. Svensk Karnov note 76 ad 31 §.

10. Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 240 f., og Preben Lyngsø: Dansk forsikringsret, side 261 ff.

Kapitel 14. Direkte krav ved ansvarsforsikringer

14.1. Gældende ret

14.1.1. Forsikringsaftalelovens § 95

Forsikringsaftalelovens § 95 indeholder den almindelige regel om, i hvilket omfang skadelidte kan rette et krav direkte mod skadevolderens ansvarsforsikringsselskab.

§ 95. Når den sikredes erstatningspligt overfor den skadelidte er fastslået og erstatningens størrelse bestemt, indtræder den skadelidte i den sikredes ret imod selskabet, for så vidt han ikke er fyldestgjort.
Stk. 2. Har flere skadelidte krav på erstatningsydelsen for en forsikringsbegivenhed, og overstiger deres for selskabet anmeldte krav tilsammen, hvad selskabet er pligtig at yde, skal de, for så vidt ikke andet er vedtaget, fyldestgøres forholdsmæssigt.

Reglen er oprindeligt bl.a. begrundet således:[1]

... Derimod er det af samfundsmæssige Grunde særdeles ønskeligt, at de skadelidte faar den størst mulige Sikkerhed for gennem Kravet mod Selskabet at opnaa dækning for den Skade, de har lidt. ... Nytten ved Ansvarsforsikringen, set fra Samfundets Synspunkt, er hovedsagelig den, at den enkelte Samfundsborger, der rammes af en Ulykke, for hvilken en Tredjemand er ansvarlig, igennem Ansvarsforsikringen opnaar Sikkerhed for at faa sit tab dækket, uanset om den ansvarlige er mere eller mindre velhavende. ...

Efter § 95 indtræder skadelidte i skadevolderens/sikredes ret mod ansvarsforsikringsselskabet, når skadevolderens erstatningspligt og erstatningens størrelse er fastslået, dvs. at skadelidte kan rette sit krav direkte mod skadevolderens ansvarsforsikringsselskab. Erstatningspligten og erstatningens størrelse kan fastslås ved dom over skadevolderen, eller ved at skadevolderen

anerkender skadelidtes erstatningskrav.

Skadelidte indtræder i sikredes ret, dvs. at skadelidte ikke kan få en bedre retsstilling over for selskabet, end skadevolderen/sikrede ville haft, hvis han eller hun selv havde betalt erstatningen til skadelidte og derefter havde gjort kravet gældende mod selskabet.

Om og i givet fald i hvilket omfang skadelidte har et direkte krav mod forsikringsselskabet, afhænger således af, i hvilket omfang sikrede/skadevolderen efter forsikringsbetingelserne og reglerne i forsikringsaftaleloven har et krav mod selskabet. Forsikringsselskabet kan gøre de samme indsigelser gældende over for skadelidte som over for skadevolderen/sikrede, f.eks. at forsikringsdækningen er ophørt på grund af manglende præmiebetaling (forsikringsaftalelovens § 14), eller at sikrede forsætligt har fremkaldt forsikringsbegivenheden (forsikringsaftalelovens § 18).

I UfR 2001.1285 H har Højesteret fastslået, at skadelidte, efter at erstatningspligten er fastslået og erstatningens størrelse bestemt, har krav på det fulde beløb fra skadevolderens forsikringsselskab, selv om skadelidtes krav mod skadevolderen er nedsat som led i en tvangsakkord.[2]

Sikredes anerkendelse af skadelidtes erstatningskrav er ikke bindende for forsikringsselskabet, medmindre sikrede kun har opfyldt sin retspligt , jf. herved forsikringsaftalelovens § 94, dvs. at sikrede kun har anerkendt kravet i det omfang, han eller hun rent faktisk er erstatningsansvarlig. En dom over skadevolderen er heller ikke bindende for selskabet, men vil i almindelighed udgøre et tungtvejende bevis for, at den sikrede er erstatningsansvarlig.

I UfR 1983.1079 SH antog retten, at skadelidtes indtræden i sikredes krav mod selskabet må forudsætte, at erstatningsspørgsmålet er blevet behandlet på en sådan måde, at forsikringsselskabet har haft lejlighed til at tage stilling til erstatningspligten og til erstatningens størrelse. Da forsikringsselskabet i den pågældende sag ikke havde været bekendt med, at kravet blev behandlet i skifteretten, efter at sikrede var gået konkurs, kunne skadelidte ikke påberåbe sig § 95. Dommen kritiseres af Preben Lyngsø under henvisning til, at forsikringsaftalelovens § 95 alene giver skadelidte mulighed for at anlægge sag direkte mod selskabet, mens selskabet under sagen ikke er bundet af skifterettens godkendelse af skadelidtes krav og kan fremsætte sine indsigelser mod kravet.[3] I UfR 2000.722 Ø blev det da også i en lignende situation anerkendt, at skadelidte kunne rette sit krav direkte mod forsikringsselskabet.

Så længe sikredes erstatningspligt ikke er fastslået i overensstemmelse med § 95, kan forsikringsselskabet ikke med bindende virkning for sikrede anerkende skadelidtes erstatningskrav, medmindre selskabet kan bevise, at sikrede er erstatningsansvarlig.

Spørgsmålet om, i hvilket omfang skadelidte kan rette sit krav direkte mod skadevolderens ansvarsforsikringsselskab, er i praksis navnlig opstået, hvis skadevolderen er gået konkurs eller lignende.[4] Højesteret har nu i UfR 2001.1303 H fastslået, at skadelidte i tilfælde af skadevolderens konkurs har et direkte krav mod forsikringsselskabet.

Højesteret udtaler bl.a., at § 95 ifølge forarbejderne skal sikre, at den ansvarsforsikring, som skadevolder har tegnet for at beskytte sig mod de økonomiske følger af ansvarspådragende skadeforvoldelse, faktisk kommer skadelidte til gode. Reglen skal skabe sikkerhed for, at skadelidte gennem ansvarsforsikringen i videst muligt omfang får sit tab dækket uanset skadevolderens økonomiske formåen. Det må anses for forudsat i forarbejderne, at den udtrykkelige bestemmelse i de øvrige nordiske landes udkast til forsikringsaftalelov, hvorefter skadelidte i tilfælde af skadevolderens konkurs har et direkte krav mod forsikringsselskabet, er indeholdt i den danske regel. Højesteret bemærker endvidere, at en insolvent skadevolder heller ikke har den interesse i erstatningssagen, som ligger bag kravet om, at skadelidtes indtræden er betinget af, at erstatningskravet er fastslået.

Retspraksis har endvidere i enkelte andre tilfælde anerkendt, at skadelidte efter omstændighederne vil kunne rette et krav direkte mod forsikringsselskabet, selv om betingelserne i § 95 ikke er opfyldt:

I UfR 1998.1472 V havde køber af en fast ejendom tegnet en ejerskifteforsikring. Forsikringen var reelt udtryk for, at køberen havde tegnet en ansvarsforsikring for det ansvar, som sælgeren måtte have pådraget sig ved handlen. Formuleringen af forsikringsbetingelserne fandtes at give køberen det indtryk, at kravet kunne rettes direkte mod selskabet, og at der ikke var tale om en sædvanlig ansvarsforsikringssituation. Køberen havde derfor været berettiget til at rette sit krav direkte mod selskabet.

14.1.2. Lovpligtige ansvarsforsikringer

Ved siden af den almindelige regel i forsikringsaftalelovens § 95 om skadelidtes muligheder for at rette et krav direkte mod skadevolderens forsikringsselskab findes der på nogle områder særlige regler for lovpligtige ansvarsforsikringer.

Med hensyn til den lovpligtige ansvarsforsikring for motordrevne køretøjer fremgår det således af færdselslovens § 108, stk. 1, at forsikringsselskabet hæfter umiddelbart over for skadelidte. Det samme gælder for skader, der omfattes af den lovpligtige ansvarsforsikring for hunde, jf. hundelovens § 8, stk. 2.

Den skadelidte kan således i disse tilfælde rette sit krav direkte mod ansvarsforsikringsselskabet, uanset om betingelserne i forsikringsaftalelovens § 95 er opfyldt.

Forsikringsselskabet hæfter endvidere umiddelbart i forhold til skadelidte, dvs. at selskabet som udgangspunkt skal betale erstatning til skadelidte, selv om selskabet ikke i forhold til forsikringstageren er forpligtet til at dække skaden, f.eks. fordi skaden er forvoldt forsætligt, eller forsikringstageren har tilsidesat sikkerhedsforholdsregler i forsikringsbetingelserne, jf. herved også § 7 i bekendtgørelse nr. 1171 af 16. december 1992 om ansvarsforsikring for motordrevne køretøjer mv.[5] og § 3, stk. 1, i bekendtgørelse nr. 485 af 25. september 1984 om ansvarsforsikring for hunde.[6] Den skadelidte stilles således bedre end efter forsikringsaftalelovens § 95.

14.2. Reglerne i de andre nordiske lande

14.2.1. Norge

Ved udarbejdelsen af den nye norske forsikringsaftalelov blev det indgående overvejet, i hvilket omfang skadelidte skulle kunne rejse et direkte krav mod skadevolderens eventuelle ansvarsforsikring.[7] Der blev i den forbindelse navnlig peget på, at en almindelig adgang for skadelidte til at rette sit krav direkte mod skadevolders ansvarsforsikring vil være en naturlig udvikling set i lyset af den centrale position, som ansvarsforsikringer de senere år har fået i erstatningsretlig sammenhæng. Hertil kommer, at en sådan adgang vil styrke skadelidtes retsstilling og i øvrigt vil være i god overensstemmelse med den måde, hvorpå erstatningskrav mod ansvarsforsikringsselskabet i praksis behandles.

Efter den norske forsikringsaftalelov har skadelidte således en almindelig adgang til at rette sit erstatningskrav direkte mod skadevolderens ansvarsforsikringsselskab.

§ 7-6. *(skadelidtes stilling ved ansvarsforsikring)*

Dekker forsikringen sikredes erstatningsansvar, kan skadelidte kreve erstatning direkte fra selskapet. Selskapet og sikrede har plikt til på forespørsel å opplyse skadelidte om det foreligger ansvarsforsikring.

Fremsettes krav om erstatning mot selskapet, skal dette varsle sikrede uten ugrunnet opphold og holde sikrede underrettet om den videre behandlingen av kravet. Selskapets innrømmelser overfor skadelidte binder ikke sikrede.

Blir selskapet saksøkt, kan det kreve at skadelidte saksøker sikrede i samme sak.

Selskapet kan gjøre gjeldende de innsigelser mot kravet som sikrede har i forhold til skadelidte. Selskapet kan også gjøre gjeldende sine innsigelser overfor sikrede, hvis ikke innsigelsene

knytter seg til sikredes forhold etter at forsikringstilfellet er inntrådt.

Søksmål mot selskapet etter denne paragraf må anlegges i Norge, hvis ikke noe annet følger av Norges folkerettslige forpliktelser.

Bestemmelsene i denne paragrafen hindrer ikke at en næringsdrivende overfor sikrede frafaller sin rett til å kreve erstatning for skade i næring direkte fra selskapet. Slik avtale er likevel uten rettsvirkning ved sikredes insolvens.

Skadelidte har således en ubetinget ret (men ikke pligt) til at rette sit krav mod ansvarsforsikringsselskabet. Selskabet og sikrede har pligt til at oplyse om, at der er tegnet en ansvarsforsikring, herunder oplyse om forsikringssummens størrelse og andre forhold, som kan have betydning for skadelidte, f.eks. sikredes manglende overholdelse af forsikringsretlige pligter.[8]

Hvis forsikringsselskabet modtager et erstatningskrav, skal sikrede underrettes herom, således at han eller hun får mulighed for at varetage sine interesser. Selskabet kan imidlertid ikke nægte at behandle skadelidtes krav, hvis selskabet f.eks. ikke kan komme i kontakt med sikrede. Det er samtidig udtrykkeligt fastslået, at selskabets anerkendelse af erstatningskravet ikke er bindende for skadevolderen, hvilket f.eks. kan have betydning, hvis skadevolderen på grund af en høj selvrisiko i givet fald selv skal betale en væsentlig del af erstatningen.

Forsikringsselskabet kan gøre de samme erstatningsretlige indsigelser gældende, som skadevolderen kan gøre gældende over for skadelidte, f.eks. at der ikke foreligger fornødent ansvarsgrundlag, at der ikke er årsagssammenhæng mellem handlingen og skaden, eller at skadelidte har medvirket til skaden (egen skyld).

Selskabet kan endvidere som udgangspunkt gøre de samme forsikringsretlige indsigelser gældende over for skadelidte som over for sikrede. Skadelidte kan således ikke få en bedre ret mod selskabet end sikrede. Selskabet kan f.eks. påberåbe sig, at forsikringsdækningen er ophørt på grund af manglende præmiebetaling, at sikrede har overtrådt en sikkerhedsforholdsregel, eller at sikrede forsætligt har fremkaldt forsikringsbegivenheden.

Forsikringsselskabet kan dog ikke gøre indsigelser gældende, der knytter sig til sikredes forhold, efter at forsikringsbegivenheden er indtrådt. Selskabet kan f.eks. ikke gøre gældende, at sikrede har undladt at søge at begrænse følgerne af forsikringsbegivenheden eller ikke i rette tid har anmeldt forsikringsbegivenheden til selskabet.

Hvis der er tale om en lovpligtig ansvarsforsikring, og forsikringsselskabet vidste eller burde vide dette, er selskabet dog afskåret fra at gøre forsikringsretlige indsigelser gældende over for

skadelidte. Ophør af en sådan forsikring får endvidere først virkning i forhold til skadelidte, når vedkommende myndighed er blevet underrettet herom.

§ 7-7. *(skadelidtes stilling ved tvungen ansvarsforsikring)*

Har forsikringstakeren tegnet ansvarsforsikring for å oppfylle pålegg gitt i eller i medhold av lov (tvungen ansvarsforsikring), gjelder § 7-6 tilsvarende i den utstrekning skadelidtes stilling ikke er særskilt regulert.

Selskapet kan likevel ikke gjøre gjeldende innsigelser som det kunne ha gjort gjeldende mot forsikringstakeren eller sikrede, dersom det vet eller bør vite at det dreier seg om en tvungen ansvarsforsikring. Er en tvungen ansvarsforsikring oppsagt eller på annen måte bortfalt, får dette virkning i forhold til skadelidte en måned etter at vedkommende myndighet har mottatt varsel om forholdet.

Forsikringsaftaleloven indeholder endelig i § 7-8 en særlig regel om ansvarsforsikring i tilknytning til større erhvervsvirksomheder mv.

§ 7-8. *(skadelidtes stilling ved ansvarsforsikring i tilknytning til større næringsvirksomhet m.v.)*

Hvis forsikring som nevnt i § 1-3 annet ledd [indeholder en nærmere definition af de omfattede virksomheder mv.] dekker sikredes erstatningsansvar, er selskapet ansvarlig overfor skadelidte for at erstatningen ikke blir utbetalt til sikrede før denne godtgjør at skadelidte har fått dekning for sitt krav. Sikredes krav mot selskapet kan ikke være gjenstand for rettsforfølging til dekning av annet krav enn erstatningskravet.

Er sikrede insolvent, gjelder bestemmelsene i §§ 7-6 og 7-7, jf § 8-3 annet og tredje ledd.

Bestemmelsene i denne paragrafen kan ikke fravikes til skade for skadelidte.

Reglen beskytter bl.a. skadelidte mod, at forsikringsselskabet udbetaler erstatningen til sikrede, uden at skadelidtes krav er blevet dækket.

14.2.2. Sverige

Den svenske forsikringsaftalelov indeholder i 95-96 §§ regler om den skadelidtes stilling ved ansvarsforsikringer. Reglerne finder tilsvarende anvendelse på ansvarsforsikringer omfattet af konsumentförsäkringslagen, jf. denne lovs 4 §. Reglerne bygger på det udgangspunkt, at ansvarsforsikringen er et anliggende mellem forsikringstageren og selskabet, men at skadelidte i visse tilfælde skal have mulighed for at kræve erstatningen helt eller delvist betalt af

skadevolderens forsikringsselskab, bl.a. hvis skadevolderen/sikrede søger at undgå, at den skadelidte får sin erstatning.

95 § Försäkringshavaren vare icke berättigad att på grund av försäkringen uppbära ersättning i vidare mån än han gottgjort den, som lidit skada, eller denne lämnat sitt samtycke.

Har ersättning utbetalats utan att den, som lidit skada, erhållit gottgörelse eller lämnat sitt samtycke til utbetalningen, och kan denne sedermera icke utfå det honom tillkommande skadestånd av försäkringshavaren, äge han av försäkringsgivaren utbekomma väd som brister, dock ej högre belopp än denne utbetalat till försäkringshavaren.

Har försäkringshavare, som försättes i konkurs, hos försäkringsgivaren innestående ersätningsbelopp, som försäkringshavaren icke äger lyfta utan samtycke av den, som lidit skada, äge denne, där ej konkursboet til honom utbetalar beloppet, rätt at få försäkringshavarens anspråk mot försäkringsgivaren på sig överlåtet; och åligger i ty fall konkursförvaltaren att hålla honom till handa alla i konkursboets ägo befintliga handlingar rörande försäkringen, i den mån det erfordras för beloppets utbekommande.

96 § Har efter inträffande av händelse, som kan medföra betalningsskyldighet för försäkringsgivaren, mellan denne och försäkringshavaren träffats uppgörelse rörande betalningsskyldighetens omfattning, vare uppgörelsen utan verkan i den mån det visas, att försäkringshavaren handlat i syfte att undandraga den, som lidit skada, det honom tillkommande skadestånd och att försäkringsgivaren innsett eller bort inse detta.

Hvis forsikringsselskabet uden skadelidtes samtykke foretager udbetaling til skadevolderen/ sikrede, kan skadelidte således kræve beløbet betalt på ny af selskabet, hvis erstatningen ikke betales af skadevolderen/sikrede. Skadelidte har endvidere i visse tilfælde et direkte krav mod forsikringsselskabet, hvis skadevolderen/sikrede er gået konkurs.

Det seneste udkast til en ny svensk forsikringsaftalelov indeholder i 7 kap 7 § en regel, hvorefter skadelidte har en almindelig adgang til at rette sit krav direkte mod skadevolderens ansvarsforsikringsselskab.

Direktkrav vid ansvarsförsäkring m.m.

7 § Vid ansvarsförsäkring får den skadelidande rikta krav direkt mot försäkringsbolaget på den ersättning som skall betalas på grund av försäkringsavtalet. Bolaget skall då snarast meddela den försäkrade om kravet och i samråd med honom reglera detta. Dom eller överenskommelse angående kravet mot bolaget inverkar inte på skadeståndsskyldighet som inte omfattas av försäkringsavtalet.

Den försäkrade och bolaget är skyldiga att på den skadelidandes begäran lämna honom upplysning om försäkringen.

Försäkringsbolaget får vid företagsförsäkring genom särskilt förbehåll frita sig från skyldigheten enligt första stycket att svara direkt mot den skadelidande. Sådant förbehåll gäller dock inte, om

1. den försäkrade enligt någon författning är skyldig att ha ansvarsförsäkring som omfattar skadan,
2. den försäkrade är försatt i konkurs eller offentligt ackord har fastställts beträffande honom,
3. den försäkrade är en juridisk person som numera är upplöst, eller
4. försäkringsbolaget i annat fall är skyldigt att utge ersättning på den grund att den inte kan utges av den försäkrade.

Det anføres i bemærkningerne til udkastet, at de gældende regler i forsikringsaftalelovens 95-96 §§ i de fleste tilfælde indeholder en tilstrækkelig beskyttelse af skadelidtes interesser. Det kan imidlertid ikke udelukkes, at der kan opstå situationer, hvor skadevolderen hverken betaler erstatningskravet eller anmelder kravet til ansvarsforsikringsselskabet og heller ikke oplyser om, at der er tegnet en ansvarsforsikring. Endvidere er der i moderne erstatningsret en nær sammenhæng mellem spørgsmålet om erstatningsansvar og om forsikringsdækning. Det er en naturlig og praktisk løsning, at skadelidte på én gang kan få prøvet, om skadevolderen er erstatningsansvarlig, og i givet fald i hvilket omfang skadevolderens ansvarsforsikring dækker skaden. Endelig findes hensynet til skadelidte at veje tungere end hensynet til skadevolderen/ forsikringstageren, der f.eks. ikke ønsker at inddrage ansvarsforsikringsselskabet i sagen.[9]

Efter udkastets regel skal skadelidtes krav fastlægges i overensstemmelse med reglerne i forsikringsaftalen, f.eks. om selvrisko og andre beløbsmæssige begrænsninger af selskabets ansvar. Den skadelidte kan således ikke få erstatning med større beløb eller under andre forudsætninger end dem, der følger af forsikringsaftalen.[10]

Forsikringsselskabet skal underrette sikrede om, at det har modtaget et erstatningskrav, og kravet skal behandles i samråd med sikrede. Sikrede kan dog ikke modsætte sig, at forsikringsselskabet udbetaler en erstatning, som skadelidte klart er berettiget til.

Ved erhvervsforsikringer kan forsikringsselskabet ved at tage et særligt forbehold herom undgå at blive mødt med et direkte krav fra skadelidte. Et sådant forbehold kan dog ikke gøres gældende, hvis der er tale om en lovpligtig ansvarsforsikring, sikrede er gået konkurs mv., sikrede er en juridisk person, som nu er opløst, eller hvis selskabet i øvrigt har pligt til at udbetale erstatningen som følge af, at den ikke kan betales af sikrede. 7 §, stk. 3, nr. 4, sigter til

en særlig regel i 4 kap. 9 §, stk. 3, hvorefter visse regler om nedsættelse af erstatningen f.eks. som følge af sikredes tilsidesættelse af sikkerhedsforholdsregler ikke gælder ved ansvarsforsikringer, men dog således, at selskabet kun skal betale erstatning til skadelidte, hvis skadevolderen/sikrede ikke selv kan betale.

I 7 kap 8 § findes endvidere en særlig regel om den situation, hvor selskabet har udbetalt erstatningen til sikrede.

8 § Har försäkringsbolaget vid en ansvarsförsäkring betalat ut försäkringsersättningen till den försäkrade och kan sedan den skadelidande inte av denne få ut det skadestånd som han har rätt till, är bolaget skyldigt att ersätta den skadelidande för vad som fattas, dock inte med högra belopp än bolaget betalat till den försäkrade.

14.2.3. Finland

Efter den finske forsikringsaftalelov har skadelidte ingen almindelig adgang til at rette et direkte krav mod skadevolderens ansvarsforsikringsselskab. Skadelidte har kun et direkte krav, hvis der er tale om en lovpligtig ansvarsforsikring, hvis sikrede er gået konkurs eller lignende, eller hvis ansvarsforsikringen ved sikredes erhvervsudøvelse har været nævnt i forbindelse med markedsføring.

67 § (*Den skadelidandes rätt till ersättning vid ansvarsförsäkring)*

Den skadelidande har vid ansvarsförsäkring rätt att kräva ersättning enligt försäkringsavtalet direkt av försäkringsgivaren, om

1. tecknandet av försäkringen har grundat sig på lag eller en myndighets föreskrift,
2. den försäkrade har försatts i konkurs eller annars är insolvent, eller om
3. ansvarsförsäkringen har nämnts i samband med marknadsföringen av den försäkrades näringsverksamhet.

Om ett ersättningskrav riktas till försäkringsgivaren skall denne utan obefogat dröjsmål underrätta den försäkrade om saken samt ge honom tillfälle att lägga fram utredning om försäkringsfalet. Den försäkrade skall också informeras om ärendets senare handläggningsskeden.

Om försäkringsgivaren godkänner den skadelidandes ersättningskrav, är godkännandet inte bindande för den försäkrade.

Ud over ved konkurs anses sikrede bl.a. for at være insolvent, hvis det ved forsøg på at gøre

udlæg er konstateret, at han eller hun er uden midler.[11] Der må dog ikke være gået så lang tid fra udlægsforsøget, at sikredes økonomiske situation kan have ændret sig.

Forsikringsselskabet skal underrette sikrede om, at det har modtaget et erstatningskrav, og sikrede skal have lejlighed til at redegøre for sin opfattelse af sagen. Sikrede skal endvidere underrettes om selskabets senere stillingtagen til erstatningskravet.

Skadelidtes krav mod forsikringsselskabet skal fastlægges i overensstemmelse med indholdet af forsikringsaftalen. Sikredes anerkendelse af skadelidtes erstatningskrav er ikke bindende for selskabet, og tilsvarende er heller ikke forsikringsselskabets stillingtagen til erstatningskravet bindende for sikrede.

Selv om skadelidte ikke har et direkte krav mod forsikringsselskabet i medfør af 67 §, skal forsikringsselskabet underrette den pågældende om sin endelige stillingtagen til erstatningskravet. Skadelidte har herefter en selvstændig adgang til at indbringe forsikringsselskabets afgørelse for domstolene mv.

68 § *(Sökande av rättelse i ersättningsbeslut vid ansvarsförsäkring)*

Försäkringsgivaren skall till den skadelidande sända ett meddelande om sitt beslut angående ersättning från en ansvarsförsäkring. Den skadelidande har rätt att med anledning av ersättningsbeslutet väcka talen mot försäkringsgivaren eller att hänskjutä ärendet till konsumentklageonämnden eller motsvarende organ, om ärendet i övrigt ankommer på organet i fråga.

Om et skadeståndsärende som avses i 1 mom. eller 67 § behandlas i en domstol eller något annat rättsskyddsorgan, skall den försäkrade ges tillfälle at bli hörd.

Under sagens behandling skal sikrede have mulighed for at udtale sig.

14.3. Udvalgets overvejelser

Som anført ovenfor i kapitel 14.1.1. er spørgsmålet om, i hvilket omfang skadelidte efter forsikringsaftalelovens § 95 kan rette et direkte krav mod skadevolderens ansvarsforsikringsselskab, i praksis navnlig opstået i tilfælde, hvor skadevolderen er gået konkurs eller lignende. Det er nu fastslået ved UfR 2001.1303 H, at skadelidte i tilfælde af skadevolderes konkurs i medfør af forsikringsaftalelovens § 95 har et direkte krav mod forsikringsselskabet.

Herudover kan skadelidte efter ordlyden af § 95 alene rette sit krav direkte mod

forsikringsselskabet, hvis skadevolderens erstatningspligt og erstatningens størrelse er fastslået ved skadevolders anerkendelse af kravet eller ved dom eller lignende over skadevolderen.

Skadelidte skal således først rette sit krav mod skadevolderen, selv om det oftest vil være forsikringsselskabet, der i sidste ende kommer til at betale erstatningen. Forsikringsselskabet vil dog i praksis ofte blive involveret i sagen mod skadevolderen ved, at han eller hun kontakter forsikringsselskabet, som herefter bistår skadevolderen under sagen (f.eks. med advokatbistand mv.).

Udvalget har på denne baggrund overvejet, om der bør indføres en almindelig adgang for skadelidte til at rette sit krav direkte mod skadevolderens ansvarsforsikringsselskab.

En sådan almindelig adgang til at rejse et direkte krav vil for skadelidte indebære den processuelle lettelse, at han eller hun kun behøver at rejse kravet mod forsikringsselskabet, der i de fleste tilfælde er den, der skal betale erstatningen, og som derfor vil kunne opfattes som den reelle modpart og den mest naturlige at rette kravet imod. Hertil kommer, at forsikringsselskabet som nævnt allerede i vidt omfang inddrages i sagen mod skadevolderen/ sikrede.

Med en generel regel om direkte krav vil skadelidte endvidere ikke være afhængig af skadevolderens stillingtagen til erstatningskravet og behøver ikke at afvente en eventuel retssag mod en skadevolder, der ikke ønsker at anerkende kravet.

Det er under udvalgets arbejde også blevet anført, at det i praksis ikke er ualmindeligt, at en retssag som følge af manglende kendskab (også hos advokater) til § 95 først anlægges mod forsikringsselskabet og derefter må anlægges mod skadevolderen, hvilket bl.a. indebærer, at skadelidte skal betale retsafgift flere gange.

Ligesom efter den gældende § 95 vil skadelidte ved en almindelig adgang til at rette krav direkte mod forsikringsselskabet som udgangspunkt blot indtræde i skadevolderens/sikredes ret mod selskabet. Forsikringsselskabet vil således fortsat kunne gøre de samme indsigelser gældende over for skadelidte som over for skadevolderen/sikrede.

Udvalgets flertal (alle medlemmer bortset fra Sonny Kristoffersen og Erik Werlauff, jf. dog ovenfor i kapitel 4 om Finanstilsynets generelle tilkendegivelse) finder, at selv om en ansvarsforsikring i praksis bidrager til at sikre, at skadelidte får den erstatning, som han eller hun har krav på, er forsikringen principielt tegnet af forsikringstageren med henblik på at sikre ham eller hende (eller andre sikrede) mod de økonomiske følger af et eventuelt erstatningsansvar. Der er i dansk ret ingen almindelig pligt til at tegne en ansvarsforsikring, og det er som udgangspunkt et anliggende mellem den enkelte forsikringstager og forsikringsselskabet, om og i givet fald med hvilken dækning der skal tegnes en

ansvarsforsikring. Efter flertallets opfattelse må det således som udgangspunkt være op til den enkelte skadevolder, om han eller hun ønsker at inddrage sin eventuelle ansvarsforsikring i sagen.

Hertil kommer, at skadevolderen kan have gode grunde til at ville afklare skadelidtes erstatningskrav uden at involvere forsikringsselskabet. Det kan f.eks. være af hensyn til forsikringsselskabets fastsættelse af den fremtidige forsikringspræmie eller for at undgå, at forsikringsselskabet overvejer at opsige forsikringen, f.eks. fordi selskabet tidligere har måttet dække flere skader forvoldt af sikrede.

En generel regel om direkte krav aktualiserer endvidere i endnu højere grad end den gældende § 95 spørgsmålet om, hvordan forsikringsselskabet sikrer, at skadevolderen/sikrede bidrager til sagens oplysning. I en lang række tilfælde vil det være nødvendigt med skadevolderens medvirken for at sikre en tilstrækkelig oplysning af sagen. Selv om skadevolderen i de fleste tilfælde må antages at ville medvirke til sagens oplysning, herunder med henblik på at undgå at blive anset for erstatningsansvarlig, har forsikringsselskabet en berettiget interesse i at undgå, at det som følge af skadevolderens manglende interesse og medvirken kommer til at betale en erstatning, som skadelidte ikke har krav på.

En almindelig adgang til at rette et krav direkte mod ansvarsforsikringsselskabet har kun reel værdi for skadelidte, hvis skadevolderen og/eller forsikringsselskabet har pligt til at oplyse om, at der er tegnet en ansvarsforsikring. For visse forsikringstyper navnlig på erhvervsforsikringsområdet, f.eks. bestyrelsesansvarsforsikringer og underslæbsforsikringer er det imidlertid et normalt led i forsikringsbetingelserne, at forsikringsdækningen bortfalder, hvis sikrede oplyser om, at der er tegnet en forsikring. Ved f.eks. underslæbsforsikringer er formålet hermed bl.a. at undgå, at medarbejdere i virksomheden fristes til at begå underslæb under henvisning til, at der vil være forsikringsdækning for skaden, således at arbejdsgiverens tab vil være begrænset.

Udvalgets flertal finder på denne baggrund, at der med den nuværende udformning af forsikringsaftalelovens § 95 er fundet en rimelig og passende balance mellem hensynet til, at sikrede som skadevolder kan råde over, om forsikringsselskabet skal involveres i sagen, og hensynet til, at skadelidte rent faktisk får den erstatning, som han eller hun har krav på.

Flertallet vil også pege på, at spørgsmålet om skadelidtes direkte krav mod forsikringsselskabet navnlig har voldt problemer i tilfælde af skadevolderens konkurs mv., og at der ikke herudover kan peges på et udtalt praktisk behov for at indføre en generel regel om skadelidtes direkte krav mod forsikringsselskabet.

Udvalgets flertal finder det herefter rigtigst, at forsikringsaftalelovens § 95 alene ændres således, at det udtrykkeligt fremgår af bestemmelsen, at skadelidte har et direkte krav mod

skadevolderens ansvarsforsikringsselskab, hvis skadevolderen er gået konkurs, jf. UfR 2001.1303 H. Flertallet foreslår endvidere en præcisering af, at dette også gælder, hvis skadevolderen har fået tvangsakkord eller gældssanering, idet skadelidte heller ikke i disse tilfælde har mulighed for at få sit fulde krav betalt af skadevolderen.

Et *mindretal* i udvalget (Sonny Kristoffersen og Erik Werlauff) finder i modsætning til flertallet ikke, at en justering af § 95, der alene tager højde for retstilstanden efter UfR 2001.1303 H, er tilstrækkelig til at beskytte skadelidtes interesser i relation til en ansvarsforsikret skadevolder og dennes forsikringsselskab, i hvert fald ikke når skadelidte er en forbruger. Efter mindretallets opfattelse fører hensynet til skadelidte til, at Danmark i lighed med norsk og svensk forsikringsaftalelovgivning giver skadelidte et direkte krav mod forsikringsselskabet. Ansvarsforsikringer, der er et meget udbredt forsikringsprodukt, tegnes i dag ikke kun i den sikredes, men også i potentielle skadelidtes interesse, og loven bør nu drage konsekvenserne heraf. Det er dog vigtigst, at der herved sker en sikring af skadelidte, der har lidt tab i forbindelse med en forbrugeraftale. Skadelidte, der er erhvervsdrivende, bør derfor kunne aftale med sikrede, at det direkte krav mod forsikringsselskabet frafaldes.

Lovens § 95 bør derfor indledningsvis fastslå det, der efter mindretallets opfattelse bør være den nye hovedregel: At skadelidte kan kræve erstatning direkte fra selskabet. Både selskabet og sikrede skal have pligt til på forespørgsel at oplyse skadelidte om, at der foreligger en ansvarsforsikring.

Det bør endvidere fastslås i lovbestemmelsen, at selskabets indrømmelser over for skadelidte ikke binder den sikrede.

Selskabet bør kunne kræve, at skadelidte ikke blot sagsøger selskabet, men at han eller hun også medsagsøger den sikrede. Ellers risikeres det, at væsentlige oplysninger fra den sikrede ikke kommer til at indgå i sagen. Virkningen af, at skadelidte i så fald undlader at medsagsøge den sikrede, bør være, at sagen i forhold til selskabet afvises.

Det bør i lovbestemmelsen præciseres, at selskabet ikke blot kan fremsætte samme indsigelser over for skadelidte, som den sikrede kan fremsætte, men at også selskabets indsigelser i forhold til den sikrede, dvs. på grundlag af forsikringsaftalen, kan gøres gældende over for skadelidte.

Mellem erhvervsdrivende bør der være aftalefrihed, således at en skadelidt, der ikke er forbruger i forhold til den sikrede som erhvervsdrivende, skal kunne frafalde det direkte krav mod forsikringsselskabet.

Mindretallet finder ikke, at en værnetingsregel, der i lighed med den norske regel foreskriver, at et direkte søgsmål mod forsikringsselskabet kun kan anlægges ved dansk domstol, vil have nogen reel virkning, når henses til værnetingsreglerne i EU-domskonventionen og nu også EU-

domsforordningen. Risikoen for, at forsikringsselskabet sagsøges ved en udenlandsk domstol, såfremt EU-værnetingsreglerne fører til en sådan mulighed, må accepteres af forsikringsselskaberne på samme måde, som også andre erhvervsdrivende end forsikringsselskaber i visse tilfælde må acceptere risikoen for at skulle forsvare sig ved en udenlandsk domstol.

Der henvises til kapitel 23 nedenfor, der indeholder flertallets lovudkast med bemærkninger og mindretallets lovudkast (lovudkastets § 1, nr. 15).

---

1. Kommissionsudkastet, side 135 f.

2. Se herom også Per Vestergaard Pedersen i UfR 1999B.214 (side 218 f.).

3. Preben Lyngsø: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 331 f., men cf. Bernhard Gomard i FEST 2000.31 (side 42).

4. Se f.eks. FED 1997.606 Ø, UfR 1997.1306 Ø og UfR 2000.722 Ø. Se også Lisbeth Kjærgaard: Privatansvarsforsikring i et erstatningsretligt perspektiv, side 299 ff.

5. Erstattes pr. 20. januar 2003 af § 3 i bekendtgørelse nr. 585 af 9. juli 2002 om ansvarsforsikring for motorkøretøjer mv.

6. Se f.eks. Preben Lyngsø: Forsikringsret, side 661 f., og Lisbeth Kjærgaard: Privatansvarsforsikring i et erstatningsretligt perspektiv, side 301 f.

7. NOU 1987:24, side 162.

8. NOU 1987:24, side 159.

9. Ds 1993:39, side 180 ff.

10. SOU 1989:88, side 347.

11. Proposition 1993 rd RP 114, side 66.

Kapitel 15. Samlivsforhold og begunstigelse

15.1. Gældende ret

Efter forsikringsaftalelovens § 102, stk. 1, kan forsikringstageren ved en livsforsikring indsætte en anden som begunstiget med den virkning, at forsikringssummen udbetales umiddelbart til denne.

Forsikringsaftaleloven indeholder i § 104 regler om tvangsarvingernes muligheder for at anfægte den begunstigedes ret og i § 105 nogle formodningsregler med hensyn til indholdet af visse standardiserede begunstigelsesklausuler.

Reglerne i §§ 102-106 om indsættelse af en begunstiget finder tilsvarende anvendelse ved ulykkes- og sygeforsikring, jf. § 122.

Efter § 104, stk. 2, kan den afdødes tvangsarvinger i visse tilfælde forlange, at forsikringssummen behandles som tillagt den begunstigede ved testamente.

Har forsikringstageren indsat en begunstiget, som ikke er hans tvangsarving og efterlader han sig ægtefælle, livsarvinger eller arveberettigede adoptivbørn eller disses livsarvinger, skal forsikringssummen, for så vidt angår de nævnte personers ret til boslod og tvangsarvelod, behandles som tilhørende dødsboet og som tillagt den begunstigede ved testamente. Dette gælder dog ikke, såfremt forsikringstageren har givet afkald på sin ret til at tilbagekalde indsættelsen af den begunstigede.

Reglen indebærer, at den begunstigede må tåle en reduktion af forsikringssummen for at dække kravene på boslod og tvangsarvelod. Baggrunden for reglen er, at forsikringstageren ikke ved at tegne en livsforsikring og indsætte en begunstiget skal kunne disponere over mere, end han eller hun kan råde over ved testamente.[1]

Efter de gældende arveregler er en ugift samlever ikke tvangsarving, og personkredsen nævnt i § 104, stk. 2, vil således kunne anfægte indsættelsen af en samlever som begunstiget. Reglen indebærer, at den begunstigede samlever kan risikere kun at få udbetalt 1/4 af forsikringssummen. Det bemærkes, at forsikringsselskabet efter § 104, stk. 3, kun har ret, men ikke pligt, til at udbetale indtil 1/3 af forsikringssummen til den begunstigede.

Forsikringsaftalelovens § 105 indeholder formodningsregler med hensyn til forståelsen af begunstigelsesklausuler, der indsætter ægtefælle , børn , arvinger og nærmeste pårørende som begunstigede. Reglerne finder dog kun anvendelse, hvis ikke andet fremgår af omstændighederne , jf. § 105, stk. 1.

Efter § 105, stk. 5, forstås ved nærmeste pårørende den afdødes ægtefælle, dernæst hans eller hendes børn og ellers i sidste ende den pågældendes arvinger.

§ 105 indeholder ikke regler om ugifte samlevere . En samlever anses således kun for omfattet af en begunstigelse, der omfatter ægtefælle eller nærmeste pårørende , hvis dette fremgår af omstændighederne . En samlever kan dog naturligvis udtrykkeligt indsættes som begunstiget.

Fra praksis kan nævnes:

I UfR 2000.709 Ø havde et par levet sammen gennem flere år. Parret havde i forbindelse med drøftelser hos deres advokat givet udtryk for, at de ville indsætte hinanden som begunstigede i deres pensionsordninger. Afdøde havde efterfølgende anmodet advokaten om at bringe indsættelsen af samleveren som begunstiget i orden, men dette var ikke sket inden dødsfaldet. Parret havde ved testamenter begunstiget hinanden mest muligt. Landsretten fandt ikke, at der var tilstrækkeligt sikre holdepunkter for at fravige forsikringsaftalelovens § 105, stk. 5, hvorefter nærmeste pårørende var afdødes børn.

I UfR 1998.1715 V havde parret levet sammen i ca. 8 år og havde sammen to børn. Landsrettens flertal udtalte, at et samlivsforhold ikke i sig selv kunne medføre en fravigelse af forsikringsaftalelovens § 105, stk. 5. Da der ikke forelå omstændigheder, der kunne begrunde, at den efterladte samlever ansås for nærmeste pårørende , tilfaldt forsikringssummen herefter de to børn. Den dissentierende dommer var enig i, at der ikke var sikre holdepunkter for at fravige formodningsreglen i § 105, stk. 5. Han bemærkede herudover, at det ud fra en forsørgelsesmæssig betragtning ofte vil være mest rimeligt, at forsikringssummen tilfalder den afdødes samlever, men at det måtte være et lovgivningsanliggende mere generelt at sidestille ugifte samlevere med ægtefæller.

I UfR 1978.979 V lagde landsretten til grund, at det ved forsikringens tegning klart var tilkendegivet, at parret ville indsætte hinanden som begunstigede. Samleveren fandtes på den

baggrund at måtte sidestilles med en ægtefælle, således at forsikringssummen tilfaldt hende i kraft af klausulen nærmeste pårørende .

I AKF 33.032 (FED 1994.323) fandt Ankenævnet for Forsikring ikke grundlag for at fortolke begrebet ægtefælle i en ulykkesforsikring udvidende til også at omfatte et papirløst samlivsforhold.

15.2. Reglerne i de andre nordiske lande

Efter den *norske* forsikringsaftalelovs § 15-1 tilfalder en forsikringssum, der forfalder ved forsikringstagerens død, den afdødes ægtefælle og ellers arvingerne. Ved lovens tilblivelse blev det overvejet, om en ugift samlever burde sidestilles med en ægtefælle. Dette spørgsmål fandtes at burde samordnes med den almindelige arveret, hvor et lovforberedende udvalg tidligere havde undladt at foreslå regler om legal arveret for ugifte samlevende.[2]

Formodningsreglerne i § 15-4 omtaler ikke samlevere. Reglen i § 15-6 om tilsidesættelse af en begunstigelse gælder kun for ægtefælle eller livsarvinger og indeholder ingen beskyttelse af en samlever, der er indsat som begunstiget.

Fortolkningsreglerne i den *svenske* forsikringsaftalelovs 105 § omtaler heller ikke samlevere, og reglen i 104 §, stk. 2-3, om fravigelse af en begunstigelse gælder kun for ægtefælle eller livsarvinger.

Det seneste udkast til en ny svensk forsikringsaftalelov indeholder en regel om forståelsen af en klausul, der indsætter en sambo som begunstiget, jf. 15 kap. 6 §. Reglen i 15 kap. 7 § om tilsidesættelse af en begunstigelse omfatter imidlertid alene ægtefælle og livsarvinger og indeholder ingen beskyttelse af en samlever, der er indsat som begunstiget. Efter 15 kap. 8 § tilfalder den ene halvdel af forsikringssummen ægtefællen og den anden halvdel arvingerne, hvis der ikke er en gyldig begunstigelsesklausul.

Reglerne om indsættelse af begunstigede i den *finske* forsikringsaftalelovs 47-50 §§ omtaler ikke samlevere.

15.3. Udvalgets overvejelser

De gældende regler i forsikringsaftaleloven om indsættelse af begunstigede i livsforsikringer mv. omtaler ikke ugifte samlevere. Dette får bl.a. betydning i relation til forsikringsaftalelovens § 104, stk. 2, hvorefter forsikringstagerens tvangsarvinger (ægtefælle, livsarvinger mfl.) har mulighed for at anfægte indsættelsen af en begunstiget, som ikke er forsikringstagerens

tvangsarving, f.eks. indsættelsen af forsikringstagerens samlever som begunstiget. I givet fald kan samleveren trods begunstigelsen risikere kun at få udbetalt 1/4 af forsikringssummen.

Efter forsikringsaftalelovens § 105 anses en samlever endvidere kun for omfattet af en begunstigelse, der omfatter ægtefælle eller nærmeste pårørende , hvis dette fremgår af omstændighederne . Som det fremgår af kapitel 15.1. ovenfor, har praksis imidlertid været tilbageholdende med at anse sådanne begunstigelsesklausuler for også at omfatte samlevere også selv om der har været tale om længerevarende samlivsforhold.

Forsikringstageren har mulighed for udtrykkeligt at indsætte sin samlever som begunstiget og derved løse det problem, at formodningsreglen i § 105 ikke omtaler ugifte samlevere. En sådan begunstigelse sikrer imidlertid ikke samleveren mod, at forsikringstagerens eventuelle tvangsarvinger anfægter indsættelsen i medfør af § 104, stk. 2.

Efter udvalgets opfattelse kan der i lyset af de nutidige familiemønstre, hvor mange par lever sammen uden at være gift, endvidere rejses spørgsmål om, hvorvidt der er overensstemmelse mellem formodningsreglen i § 105 og den almindelige opfattelse af, hvem der f.eks. er nærmeste pårørende . De fleste vil formentlig forvente, at en begunstigelse af nærmeste pårørende først og fremmest vedrører ægtefælle eller samlever, som normalt vil være den, der har behov for økonomisk bistand i form af forsikringssummen i forbindelse med forsikringstagerens død. Efter § 105, stk. 5, vil forsikringssummen ved samlivsforhold imidlertid som udgangspunkt tilfalde forsikringstagerens eventuelle ægtefælle eller mere praktisk forsikringstagerens eventuelle børn.

Udvalget finder på denne baggrund, at det bør overvejes at ændre forsikringsaftalelovens §§ 104-105 med henblik på at styrke retsstillingen for ugifte samlevere i relation til reglerne om indsættelse af begunstigede i livsforsikringer mv.

Dette spørgsmål har imidlertid nær sammenhæng med spørgsmålet om ugifte samleveres almindelige arveretlige stilling, som vil blive overvejet nærmere i Justitsministeriets Arvelovsudvalg. Arvelovsudvalget skal bl.a. overveje, om der er behov for at ændre arveloven med henblik på at styrke retsstillingen for ugifte samlevere, herunder overveje om der bør indføres en legal arveret for samlevere. Det fremgår endvidere af kommissoriet, at Arvelovsudvalget kan foreslå ændringer i andre love end arveloven, herunder i forsikringslovgivningens regler om indsættelse af begunstigede i livsforsikringer mv.

Udvalget finder det på denne baggrund mest naturligt, at de nærmere overvejelser om eventuelt at ændre forsikringsaftalelovens regler om indsættelse af begunstigede sker i forbindelse med de generelle overvejelser om ugifte samleveres arveretlige stilling.

I lyset af udvalgets drøftelser har Forsikring & Pensions repræsentanter i udvalget i øvrigt tilkendegivet, at Forsikring & Pension snarest vil udsende en medlemshenstilling om, at forsikringsselskaberne i forbindelse med indsættelsen af en begunstiget kort bør vejlede om betydningen af forsikringsaftalelovens §§ 104-105 i relation til ugifte samlivsforhold.

---

1. Rigsdagstidende 1928-29, tillæg A, spalte 3179.

2. NOU 1983:56, side 119.

Kapitel 16. Kontraherings- og begrundelsespligt

16.1. Gældende ret

16.1.1. Kontraheringspligt

Forsikringsaftaleloven indeholder ingen regler om forsikringstagerens eller forsikringsselskabets pligt til at tegne en bestemt forsikring.

Forsikringstageren har i medfør af anden lovgivning i visse tilfælde pligt til at tegne en forsikring.[1] Efter færdselslovens § 105, stk. 1, skal der f.eks. tegnes ansvarsforsikring for motordrevne køretøjer, og efter hundelovens § 8, stk. 2, skal der tegnes ansvarsforsikring for hunde.

Det kan også nævnes, at der f.eks. skal tegnes ansvarsforsikring for luftfartøjer, jf. luftfartslovens § 130, stk. 1, ligesom statsautoriserede og registrerede revisorer, ejendomsformidlere og forsikringsmæglere har pligt til at tegne ansvarsforsikring, jf. bekendtgørelse nr. 910 af 1. december 1995 om statsautoriserede og registrerede revisorers sikkerhedsstillelse, bekendtgørelse nr. 617 af 19. august 1998 om ejendomsformidleres sikkerhedsstillelse og behandling af betroede midler og bekendtgørelse nr. 908 af 1. december 1999 om forsikringsmægleres ansvarsforsikring, sikkerhedsstillelse og behandling af betroede midler.

Pligt til at tegne forsikring kan endvidere være pålagt medlemmerne af en forening mv. For eksempel skal advokater efter vedtægterne for Det Danske Advokatsamfund tegne en ansvarsforsikring, og efter retsplejelovens § 143 har en advokat pligt til at være medlem af Advokatsamfundet.

Det kan også i en aftale være bestemt, at en af parterne skal tegne en forsikring, f.eks. at sælgeren af en vare skal tegne forsikring for varen, indtil den når frem til bestemmelsesstedet.

Nævnes kan også pantebrevsformular A og B vedrørende pantsætning af fast ejendom, hvorefter den pantsatte ejendom skal være behørigt brandforsikret.[2]

Forsikringstagerens pligt til at tegne en forsikring modsvares i visse tilfælde af en pligt for forsikringsselskabet til at tegne den pågældende forsikring. Dette gælder dog langt fra alle de tilfælde, hvor forsikringstageren har pligt til at tegne en forsikring.

Efter bekendtgørelse nr. 1171 af 16. december 1992 om ansvarsforsikring for motordrevne køretøjer mv. § 5, stk. 1,[3] er et forsikringsselskab med koncession til at tegne ansvarsforsikring for motorkøretøjer forpligtet til at overtage og opretholde ansvarsforsikring for enhver forsikringspligtig, der vil underkaste sig selskabets almindelige forsikringsbetingelser. Det samme gælder med hensyn til tegning af ansvarsforsikringer for hunde, jf. bekendtgørelse nr. 485 af 25. september 1984 om ansvarsforsikring for hunde § 2.

Dette indebærer, at selskabet ikke må forskelsbehandle personer, som ønsker at tegne den pågældende forsikring, men selskabets forpligtelser er samtidig begrænset til dets almindelige forsikringsbetingelser. Hvis selskabet normalt kun vil overtage forsikringen af en bilist med mange skader mod, at denne betaler en forhøjet præmie og/eller selvrisiko, er dette således lovligt. Selskabet kan imidlertid ikke fastsætte skærpede vilkår, som ikke er begrundet i risikomæssige hensyn, men i realiteten alene har til hensigt at få kunden til at forlade selskabet eller undlade at tegne forsikring i selskabet.[4]

Endvidere skal et forsikringsselskab, der tegner bygningsbrandforsikring, med de begrænsninger, der følger af dets vedtægter eller koncession, overtage forsikring af enhver bygning, medmindre der er tale om en bygning, der ikke er forsvarligt indrettet mod brandfare, eller er forladt, jf. lov om forsikringsvirksomhed § 207. Selskabet kan ikke med anden begrundelse afvise eller opsige en bygningsbrandforsikring. Selskabet kan heller ikke fastsætte så strenge forsikringsvilkår, at der reelt er tale om en afvisning eller opsigelse.

I AKF 37.171[5] hævede forsikringsselskabet i overensstemmelse med sin faste praksis præmien for en bygningsbrandforsikring med 200 pct. under henvisning til, at forsikringen var overgået til incassobehandling. Selskabet anførte, at brandrisikoen i sådanne tilfælde statistisk er ekstraordinært stor. Ankenævnet for Forsikring anførte, at et forsikringsselskab er berettiget til at beregne sig den præmie, det mener, svarer til den overtagne risiko. En præmieforhøjelse på 200 pct. hver gang en præmie overgik til incassobehandling, fandtes imidlertid ikke at være udtryk for en almindelig eller konkret risikovurdering, men snarere et forsøg på at få forsikringstageren til at skifte selskab.

I AKF 45.280 (Forsikring nr. 17/1998) var der tegnet bygningsbrandforsikring med en årlig præmie på 10.000 kr. Efter et raketangreb på ejendommen i 1996 i forbindelse med

stridighederne mellem forskellige rockergrupper forhøjede selskabet præmien til 89.712 kr., hvilket selskabet fandt var en realistisk præmie for den givne risiko. Ankenævnets flertal fandt ikke grundlag for at fastslå, at den gennemførte præmieforhøjelse ikke skulle være udtryk for en efter forholdene på det pågældende tidspunkt konkret risikovurdering.

Hvis forsikringsselskabet ikke i medfør af lov eller lignende har en udtrykkelig forpligtelse til at tegne en bestemt type forsikring, er udgangspunktet, at selskabet ikke har nogen pligt til at tegne en begæret forsikring, dvs. at der ikke gælder en kontraheringspligt.[6]

Det antages dog, at forsikringsselskabet ikke kan afvise forsikringsdækning af en forsikringsbegivenhed, der er indtrådt efter afsendelse af forsikringsbegæringen, men før forsikringsselskabet har accepteret begæringen, hvis afvisningen alene skyldes denne forsikringsbegivenheds indtræden.[7] Forsikringsselskabet er således forpligtet til at dække den indtrådte skade, hvis selskabet normalt ville have accepteret forsikringsbegæringen.

I UfR 1948.51 H afsendte forsikringstageren den 25. januar en begæring om en tyveriforsikring, hvor ikrafttrædelsesdatoen var sat til den 24. januar. Den 31. januar skete der et indbrud hos forsikringstageren, hvorefter selskabet efter at have modtaget anmeldelse om tyveriet afslog at tegne forsikringen. Selskabet havde tidligere tilkendegivet, at det var villig til hvis forsikringen blev antaget at overtage risikoen i hvert fald fra begæringens underskrift den 25 januar. Højesteret fastslog bl.a. på baggrund af en udtalelse fra det daværende Assurandør-Societetet (nu Forsikring & Pension), at det ikke var stemmende med almindelig forsikringspraksis at afslå forsikringen på grundlag af de foreliggende risikooplysninger.

I AKF 16.986[8] underskrevne forsikringstageren den 27. februar en forsikringsbegæring om kaskoforsikring af en bil, som blev skadet den 2. marts. Selskabet afviste at yde erstatning. Ankenævnet for Forsikring lagde imidlertid til grund, at selskabet ville have accepteret forsikringsbegæringen, hvis skaden ikke var sket. Da skaden var sket efter forsikringsbegæringens underskrift, fandtes selskabet herefter efter almindelig forsikringsretlig praksis at have været uberettiget til at afslå forsikringen med virkning for den pågældende skade.

I AKF 52.401 (FED 2000.2204) udtalte Ankenævnet, at et forsikringsselskab ifølge praksis ikke kan afslå at acceptere en forsikringsbegæring under henvisning til, at der i mellemtiden er indtrådt en dækningsberettiget skade. Se f.eks. også FED 1999.1409 V.

Ivan Sørensen antager, at forsikringsselskabet herudover navnlig ved forbrugerforsikringer generelt kan pålægges at tegne en forsikring, hvis dets afvisning vil stride mod fast forsikringspraksis, branchekutyme eller selskabets egen praksis, dvs. hvis afvisningen ikke er

sagligt begrundet i de foreliggende risikomæssige forhold.[9]

I AKF 21.775 (Forsikring nr. 12/13/1988) fandt Ankenævnet for Forsikring ikke grundlag for at kritisere selskabets afvisning af at tegne en ulykkesforsikring på grund af de afgivne helbredsoplysninger, idet afvisningen fandtes at være i overensstemmelse med sædvanlig forsikringspraksis i lignende sager.

16.1.2. Begrundelsespligt

Forsikringsaftaleloven indeholder ikke regler, der pålægger forsikringsselskabet at begrunde en afgørelse, herunder en afvisning af at tegne en forsikring. Der er heller ikke udstedt retningslinjer herom i medfør af lov om finansiel virksomhed § 3 om redelig forretningsskik og god praksis.

Forsikring & Pensions forbrugerpolitiske handlingsplan, der er medtaget som bilag 6 til betænkningen, indeholder derimod en henstilling om, at et helt eller delvist afslag på forsikringsudbetaling ledsages af en begrundelse, der indeholder en henvisning til de relevante vilkår i forsikringsbetingelserne samt en kortfattet verbal beskrivelse af årsagen til selskabets beslutning. Handlingsplanen indeholder endvidere en henstilling om, at selskabet ved afslutningen af en skadesag, hvor kunden har udtrykt utilfredshed med selskabets afgørelse, vejleder den pågældende om muligheden for at kontakte Ankenævnet for Forsikring f.eks. ved at udlevere en klageblanket til den pågældende eller Forsikringsoplysningen.

Det kan endvidere nævnes, at 4. motorkøretøjsforsikringsdirektiv[10] for visse skader, som forvoldes af motorkøretøjer i en anden EU-medlemstat end skadelidtes bopælsstat, indeholder krav om, at forsikringsselskabet eller dets skadebehandlingsrepræsentant i skadelidtes bopælsstat senest tre måneder efter erstatningskravets fremsættelse enten skal give et begrundet erstatningstilbud (hvis ansvaret anerkendes, og tabet er opgjort) eller et begrundet svar på skadelidtes krav (hvis ansvaret afvises, eller tabet ikke er endeligt opgjort).

Direktivet er gennemført i dansk ret ved bekendtgørelse nr. 585 af 9. juli 2002 om ansvarsforsikring for motorkøretøjer mv., der træder i kraft den 20. januar 2003. Efter bekendtgørelsens § 15, stk. 1-2, skal forsikringsselskabet eller skadesbehandlingsrepræsentanten inden 3 måneder give skadelidte et begrundet erstatningstilbud eller svar. Efter § 15, stk. 3, skal det begrundede tilbud eller svar afgives skriftligt eller på andet læsbart medie og skal indeholde grundlaget for vurderingen af ansvaret og skaden. Overtrædelse heraf kan straffes med bøde.

16.2. Reglerne i de andre nordiske lande

16.2.1. Norge

Den norske forsikringsaftalelov indeholder ikke almindelige regler om forsikringsselskabets kontraherings- og begrundelsespligt.

Loven indeholder dog i § 12-1 en regel om grundlaget for tegning af personforsikringer.

§ 12-1. *(grunnlaget for selskapets vurdering)*

Når selskapet avgjør om det skal overta en forsikring, og vurderer risikoen, skal det legge til grunn den forsikredes helsetilstand på det tidspunkt da forsikringstakeren avga fullstendig søknad om en bestemt forsikring. Selskapet kan likevel ta hensyn til at den forsikredes helse er forverret efter at søknaden blev avgitt, dersom forverringen har sammenheng med forhold som forelå på søknadstidspunktet, og som blir avdekket ved selskapets undersøkelser.

Endvidere skal forsikringsselskabets opsigelse af en forsikring begrundes, uanset om opsigelsen sker i forsikringstiden eller til forsikringstidens udløb (dvs. undladelse af at forny en forsikring), jf. § 3-3, stk. 2, § 3-6, stk. 2, § 12-4, stk. 3, og § 12-7, stk. 2. Loven indeholder ikke nærmere krav til indholdet af denne begrundelse.

Det lovforberedende udvalg, som udarbejdede et udkast til en ny norsk forsikringsaftalelov, overvejede spørgsmålet om forsikringsselskabets pligt til at tegne forsikringer, men fandt ikke at der var behov for regler herom.[11] Udvalget henviste bl.a. til, at usaglig afvisning af at tegne en forsikring ikke var et praktisk problem, og at en afvisning i praksis vil være begrundet i risikoovervejelser, at forsikringstageren i andre forsikringsforhold har optrådt svigagtigt, eller andre forhold som gør afslaget sagligt.

I en betænkning fra 2000 om forsikringsselskabers indhentning, brug og opbevaring af helbredsoplysninger foreslås, at der for personforsikringer indføres en pligt for forsikringsselskabet til at begrunde afslag på en forsikring. Et flertal i udvalget foreslår endvidere, at der indføres en vis kontraheringspligt, således at selskabet får pligt til at tilbyde en forsikring, hvis afvisningen i det væsentlige bygger på helbredsoplysninger, som det ikke kan kræve indhentet.[12] Der er imidlertid endnu ikke fremsat lovforslag herom.

§ 13-1j. *(begrunnelse. Plikt til å tilby forsikring)*

Avslag på søknad om personforsikring skal begrunnes.

Bygger avslaget i det vesentlige på opplysninger om helseforhold som selskapet ikke kan kreve

efter bestemmelsene ovenfor, har selskapet på forlangende likevel pligt til å tilby forsikring.

Udvalget henviser bl.a. til, at en begrundelsesregel vil skabe åbenhed og tillid. Udvalgets flertal finder herudover, at en vis kontraheringspligt er nødvendig for at sikre overholdelsen af reglerne om, hvilke helbredsoplysninger forsikringsselskabet kan kræve. Uden en sådan pligt antages begrundelsespligten at ville få ringe betydning for forsikringstageren. Forslaget giver forsikringstageren ret til at få tegnet en forsikring, men den pågældende har ikke krav på anden forsikring end den, selskabet i almindelighed tilbyder. Reglen indeholder således reelt alene et krav om, at der ikke sker forskelsbehandling af forsikringstagerne.

Et mindretal i udvalget finder det principielt forkert at pålægge forsikringsselskabet en sådan kontraheringspligt og peger på, at forsikringstagerens interesser varetages gennem reglen om, at afslag på forsikringstegning skal begrundes. Mindretallet peger endvidere på, at der fortsat ikke er et praktisk behov for at indføre regler om kontraheringspligt, og på, at det grundlæggende forsikringsbehov er dækket af forskellige lovbestemte ordninger (den sociale lovgivning mv.). Det er frivilligt, om den enkelte ønsker at forsikre sig yderligere, og det bør også være frivilligt for forsikringsselskabet, om det ønsker at tegne en begæret forsikring.

16.2.2. Sverige

Den svenske forsikringsaftalelov indeholder ingen regler om forsikringsselskabets kontraherings- og begrundelsespligt.

Derimod indeholder Konsumentförsäkringslagen i 9 § en regel, hvorefter forsikringsselskabet som udgangspunkt ikke kan afvise at tegne en forsikring, som det normalt tilbyder.

9 § Ett försäkringsbolag får inte vägra en konsument att teckna en försäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten.

Första stycket gäller ej, om försäkringsbolaget med hänsyn till risken för försäkringsfall, den sannolika skadans omfattning eller annan omständighet har särskilda skäl att inte meddela försäkringen.

Reglen gælder alene sådanne forsikringer, som normalt tilbydes af selskabet. Et forsikringsselskab, hvis aktiviteter er begrænset til et bestemt geografisk område, eller som kun tegner forsikringer for bestemte faggrupper, har således ikke pligt til tegne forsikringer uden for dette område eller denne personkreds.[13]

Pligten til at tegne forsikring gælder dog ikke, hvis selskabet har særlige grunde til at undlade at tegne forsikringen. Det kan f.eks. være, hvis en bygning, der ligger i et brandfarligt område,

ønskes brandforsikret, hvis en meget kostbar kunstsamling ønskes forsikret, eller hvis forsikringstageren tidligere har begået forsikringsbedrageri.[14]

Det seneste udkast til en ny svensk forsikringsaftalelov indeholder ligeledes i 3 kap. 1 § (skadesforsikringer) og 12 kap. 1 § (personforsikringer) regler, som i et vist omfang giver forsikringstageren ret til at få tegnet en forsikring hos selskabet. Udkastets regler bygger på den gældende 9 § i konsumentförsäkringslagen.

[3 kap.]

Rätt till konsumentförsäkring

1 § Ett försäkringsbolag får inte vägra en konsument att teckna en konsumentförsäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten, om inte det finns saklig grund för att vägra försäkring med hänsyn till risken för försäkringsfall, den sannolika omfattning eller någon annan omständighet.

Första stycket gäller också möjligheten att få en konsumentförsäkring förnyad vid försäkringstidens utgång.
...

[12 kap.]

Rätten till försäkring

1 § Om någon har ansökt om en sådan personförsäkring som försäkringsbolaget normalt tillhandahåller allmänheten och bolaget har fått de uppgifter som det har begärt, får bolaget avslå ansökan bara om det finns saklig grund för detta med hänsyn till risken för försäkringsfall eller någon annan omständighet. Avslag får inte grundas på att ett försäkringsfall har inträffat eller på att den försäkrades hälsotillstånd har försämrats efter det att ansökan har avsänts eller lämnats till bolaget. Såvitt övriga försäkringsvillkor beror av den försäkrades hälsotillstånd skall de bestämmas på grundval av hälsotilståndet vid tiden för ansökan.

Första stycket gäller också om försäkringstagaren ansöker om flyttning av en personförsäkring till bolaget eller förnyelse av en tidsbegränsad försäkring.

16.2.3. Finland

Den finske forsikringsaftalelov indeholder ikke almindelige regler om forsikringsselskabets kontraherings- eller begrundelsespligt.

Loven indeholder dog i 10 § en regel om tegning af personforsikringer.

10 § *(Grunderna för meddelande av personförsäkring)*

Försäkringsgivaren får inte avslå en ansökan om personförsäkring på den grunden att ett försäkringsfall har inträffat eller den tiltänkte försäkrades hälsotillstånd har försämrats efter det att ansökningshandlingarna lämnats in eller sänts till försäkringsgivaren. Om premien och de övriga avtalsvillkoren bestäms på basis av den försäkrades hälsotillstånd skall bestämningsgrunden vara hälsotillståndet vid den tidpunkt då ansökningshandlingarna lämnades in eller sändes till försäkringsgivaren.

16.3. Udvalgets overvejelser

Som det fremgår af kapitel 16.1. ovenfor, er forsikringsselskabet i dag som udgangspunkt frit stillet med hensyn til, om det vil acceptere en forsikringsbegæring eller ej. Der er således som udgangspunkt aftalefrihed med hensyn til, om forsikringstageren og forsikringsselskabet ønsker at indgå en forsikringsaftale og i givet fald på hvilke vilkår. Undtagelser herfra gælder alene for visse lovpligtige forsikringer, hvor selskabet har pligt til at tegne en forsikring i overensstemmelse med dets sædvanlige forsikringsbetingelser mv., f.eks. ansvarsforsikring for motorkøretøjer.

Muligheden for at kunne tegne en forsikring er i dag af væsentlig betydning i en lang række situationer, og der findes en række forskellige forsikringsprodukter. For enkeltpersoner kan nævnes en almindelig indboforsikring, kaskoforsikring for en bil, husforsikring mv., ansvarsforsikringer samt livs- og ulykkesforsikring. Forsikringstegning har også stor samfundsmæssig betydning ved at afbøde virkningerne af forskellige mere eller mindre uforudsete begivenheder.

Det er under udvalgets arbejde anført, at visse persongrupper i praksis kan have vanskeligt ved at tegne de forsikringer, de ønsker. Der er her bl.a. peget, at forsikringsselskaberne i visse tilfælde afviser at tegne en livs-, syge- eller ulykkesforsikring under henvisning til den forsikringssøgendes handicap eller sygdom.

Det kan i den forbindelse nævnes, at Bedømmelsesforeningen, der bistår forsikringsselskaberne med den helbredsmæssige risikovurdering ved tegning af livs- og pensionsforsikringer, jf. nedenfor, efter det for udvalget oplyste årligt foretager risikovurdering af i størrelsesordenen 14.-15.000 sager svarende til 5-6 pct. af samtlige forsikringsbegæringer (nytegning og omtegning). I ca. 450 tilfælde årligt anbefaler foreningen, at der meddeles afslag både på dødsfalds- og invaliditetsdækning.

Endvidere er forsikringsselskabernes frihed til selv at afgøre, om de vil tegne en bestemt forsikring, og selskabernes procedure navnlig på personforsikringsområdet ved vurderingen af, om en forsikring skal antages, blevet kritiseret for at føre til urimelige resultater for forsikringstagerne.[15]

Udvalget har på denne baggrund overvejet, om der bør indføres regler, der pålægger forsikringsselskabet at tegne en forsikring (kontraheringspligt), og om der bør indføres en pligt for forsikringsselskabet til at begrunde bl.a. afvisning af at tegne en forsikring. Dette spørgsmål må i øvrigt ses i sammenhæng med forsikringsselskabets mulighed for at opsige en allerede tegnet forsikring, jf. kapitel 17 nedenfor.

Det er under udvalgets arbejde blevet anført, at det bør overvejes at indføre regler om kontraherings- og begrundelsespligt, hvorefter selskabet kun kan afvise at tegne en forsikring under henvisning til bestemte risikoforhold, herunder at selskabet skal kunne dokumentere sin risikovurdering mv., f.eks. ved at henvise til statistiske eller andre videnskabelige undersøgelser mv.

Udvalgets *flertal* (alle medlemmer bortset fra Jørgen Rønnow Bruun, Sonny Kristoffersen, Per Tretow-Loof, Ivan Sørensen og Erik Werlauff, jf. dog ovenfor i kapitel 4 om Finanstilsynets generelle tilkendegivelse) peger i den forbindelse på, at forsikringsselskaber er private erhvervsvirksomheder, der inden for rammerne af de offentligretlige tilsynsregler mv. som udgangspunkt kan fastlægge den forretningspolitik mv., som det enkelte selskab anser for mest hensigtsmæssig, herunder i lyset af konkurrencen med de andre forsikringsselskaber på markedet.

Det vil efter flertallets opfattelse være et vidtgående indgreb i denne frie adgang for selskaberne til at fastlægge deres almindelige forretningspolitik mv. at indføre regler om kontraheringspligt, herunder i særdeleshed hvis det enkelte selskab pålægges at tilbyde en forsikring, der dækker en risiko, som selskabet hidtil ikke har ønsket at forsikre.

Flertallet vil i den forbindelse pege på, at regler om kontraheringspligt på forsikringsområdet ikke kan sammenlignes med den pligt, der antages at gælde for pengeinstitutter til at oprette en almindelig indlånskonto.[16] En sådan konto indebærer ingen særlige forpligtelser eller risici for pengeinstituttet ud over at stille kontoen til rådighed kunden har således f.eks. ikke krav på et dankort, eller at der er mulighed for at overtrække kontoen. I modsætning hertil indebærer indgåelse af en forsikringsaftale, at der etableres et som udgangspunkt længerevarende retsforhold med rettigheder og forpligtelser for begge aftaleparter, herunder navnlig at selskabet påtager sig at hæfte for den risiko, der er dækket af forsikringen.

På enkelte områder, hvor der er fundet at være et særligt behov herfor, findes der regler, der som udgangspunkt pålægger selskabet at tegne en bestemt forsikring, f.eks. ansvarsforsikring for motorkøretøjer og bygningsbrandforsikring, jf. kapitel 16.1.1. ovenfor.

En almindelig kontraheringspligt indebærer derimod et generelt krav om, at det enkelte forsikringsselskab skal tilbyde sine kunder bestemte forsikringsydelser og forsikringsprodukter. Den nærmere rækkevidde af at indføre sådanne regler kan være vanskelig at vurdere, herunder i relation til den måde, hvorpå forsikringsområdet og forsikringserhvervet i dag er organiseret og reguleret. Det må i givet fald bl.a. overvejes nærmere, i hvilket omfang forsikringsselskaberne fortsat bør være private erhvervsvirksomheder, eller om selskaberne og deres virksomhed helt eller delvist skal være en offentligt reguleret del af samfundets sociale ordninger mv.

Indførelsen af en almindelig kontraheringspligt kan efter flertallets opfattelse således ikke alene vurderes ud fra en forsikringsaftaleretlig synsvinkel, men forudsætter en række bredere samfundsmæssige overvejelser. Sådanne overvejelser falder efter flertallets opfattelse uden for udvalgets kommissorium. Flertallet vil også pege på, at indførelsen af regler om kontraheringspligt ikke alene har betydning for forsikringsaftaleloven, men også i høj grad vedrører bl.a. lov om forsikringsvirksomhed, som ikke er omfattet af kommissoriet.

På baggrund af de oplysninger, der foreligger for udvalget, er det endvidere efter flertallets opfattelse ikke et praktisk problem, at en forsikringstager slet ikke i noget selskab kan tegne en forsikring til en rimelig præmie, forudsat at der er tale om en risiko, der i almindelighed anses for at være forsikringsbar.

Efter flertallets opfattelse bør udgangspunktet om, at der på forsikringsområdet er aftalefrihed, kun fraviges, hvis der foreligger et særligt (herunder praktisk begrundet) behov herfor og det gør der efter flertallets opfattelse ikke her.

Flertallet er opmærksom på, at det navnlig på personforsikringsområdet kan være problematisk for visse persongrupper at tegne bestemte forsikringer. Dette problem bør imidlertid ikke løses ved at pålægge det enkelte forsikringsselskab en kontraheringspligt, men ved at forsikringsbranchen i samarbejde med de berørte interesseorganisationer mv. løbende overvejer og udvikler mulighederne for helt eller delvist at forsikre risici, som hidtil ikke er anset for (fuldt ud) at være forsikringsbare.

Det kan i den forbindelse nævnes, at forsikringsbranchen og bl.a. De Samvirkende Invalideorganisationer tidligere har drøftet handicappedes muligheder for at tegne ulykkesforsikringer. I den forbindelse blev der afholdt flere kontaktmøder, hvor parterne drøftede forskellige spørgsmål, herunder også (i anonymiseret form) konkrete sager, hvor selskabet havde afvist at tegne en forsikring. Det kan også nævnes, at Forsikring & Pension

samt Forbrugerrådet netop har etableret Forbrugerdialog i Forsikring , hvor spørgsmål af fælles interesse vedrørende forbrugeres forsikringsforhold kan drøftes.

På denne baggrund finder flertallet ikke grundlag for at foreslå regler om kontraheringspligt for forsikringsselskabet.

Det er efter flertallets opfattelse væsentligt, at der så vidt muligt er åbenhed og gennemsigtighed omkring mulighederne for at tegne og opretholde en forsikring. Flertallet foreslår derfor, at forsikringsselskabet får pligt til efter anmodning at begrunde afslag på at tegne en forsikring og opsigelse af en allerede tegnet forsikring. Begrundelsen skal angive, hvilke forhold der i det konkrete tilfælde gør, at forsikringen ikke kan tegnes, eller at forsikringen opsiges.

Den foreslåede regel pålægger forsikringsselskabet at forklare baggrunden for sin beslutning om ikke at tegne en forsikring eller om at opsige en forsikring. Reglen indskrænker derimod ikke selskabets frie adgang til at fastlægge sin egen forretningspolitik, risikovurdering mv.

En civilretlig begrundelsespligt for en privat erhvervsvirksomhed kan ikke uden videre sammenlignes med den begrundelsespligt, som gælder for offentlige myndigheder, og hvor der normalt vil være knyttet særlige retsvirkninger til begrundelsespligtens tilsidesættelse (f.eks. at myndighedens afgørelse anses for ugyldig).

En aftaleretlig sanktionering af begrundelsespligtens tilsidesættelse vil indebære, at forsikringsselskabet pålægges at tegne eller opretholde forsikringen, hvis begrundelsespligten ikke overholdes. En så indgribende sanktion bør efter flertallets opfattelse som udgangspunkt kun indføres, hvis en begrundelsesregel indeholder begrænsninger i selskabets risikovurdering, forretningspolitik mv., f.eks. således at selskabet på videnskabeligt grundlag skal kunne dokumentere sin risikovurdering. Som anført ovenfor finder flertallet imidlertid ikke grundlag for at foreslå regler herom.

Der foreslås således ikke knyttet særlige aftaleretlige retsvirkninger til selskabets tilsidesættelse af begrundelsespligten. Det betyder imidlertid ikke, at overtrædelse af begrundelsespligten er usanktioneret. Et selskabs tilsidesættelse af begrundelsespligten må således anses for at være i strid med redelig forretningsskik og god praksis, jf. lov om finansiel virksomhed § 3. Dette indebærer bl.a., at Finanstilsynet kan påbyde selskabet at ændre adfærd, og overtrædelse af et sådant påbud kan straffes med bøde. Finanstilsynet vil dog i almindelighed ikke behandle konkrete tvister mellem et forsikringsselskab og forsikringstageren, men alene gribe ind over for en generel adfærd hos selskabet.

Begrundelsen giver endvidere den forsikringssøgende/forsikringstageren mulighed for at vurdere, om afvisningen/opsigelsen skyldes forhold, der kan ændres af den pågældende,

således at forsikringen alligevel kan tegnes eller opretholdes eventuelt på andre vilkår ligesom den pågældende kan undersøge mulighederne for at tegne forsikringen i et andet selskab. En nærmere begrundelse for selskabets beslutning giver endvidere den forsikringssøgende/ forsikringstageren mulighed for at rette eventuelle misforståelser hos selskabet.

Mindretallets forslag, jf. nedenfor, indeholder et krav om, at selskabets afslag på at tegne en forsikring eller selskabets opsigelse af en forsikring skal være sagligt begrundet . Mindretallet har ikke nærmere redegjort for, hvad der ligger i kravet om, at begrundelsen skal være saglig . Det fremgår dog af mindretallets udtalelse, at man ikke ønsker at gribe ind i det enkelte forsikringsselskabs mulighed for at fastlægge sin egen forretningspolitik, risikovurdering mv.

Den nærmere rækkevidde af mindretallets forslag må derfor efter flertallets opfattelse være, at selskabet ikke må forskelsbehandle ligestillede forsikringssøgende og forsikringstagere ved tegning, henholdsvis opsigelse af en forsikring.

Et krav i loven om saglig begrundelse vil imidlertid efter flertallets opfattelse kunne give anledning til usikkerhed om reglens præcise anvendelsesområde. Denne usikkerhed vil kunne føre til, at der i praksis rejses spørgsmål om en begrundelses saglighed i langt flere sager, end det egentlig har været meningen navnlig set i lyset af, at det ikke er hensigten at stille krav til selskabets forretningspolitik, risikovurdering mv. Den foreslåede regel vil dermed kunne blive unødigt processkabende.

Flertallet vil også pege på, at mindretallets forslag vil kunne føre til sager, hvor der efter selskabets afslag på at tegne en forsikring er sket en skade, som den forsikringssøgende søger at få dækket af en forsikring ved efter at skaden er sket at gøre gældende, at selskabets begrundelse var usaglig .

Efter flertallets opfattelse er der ikke påvist noget praktisk behov for en regel som foreslået af mindretallet. Efter de oplysninger, der foreligger for udvalget, er det ikke et praktisk problem, at forsikringsselskabet afviser at tegne en forsikring, uden at dette er begrundet i selskabets almindelige forretningspolitik, risikovurdering mv. som mindretallet som nævnt ikke ønsker at regulere. Når selskabet i praksis kan begrunde en afvisning af at tegne en forsikring under henvisning til sin forretningspolitik, risikovurdering mv., vil den regel, som foreslås af mindretallet, være uden reel praktisk betydning for mulighederne for at kunne tegne forsikringer.

Mindretallets forslag indebærer endvidere, at en forsikringssøgende, der gør gældende, at selskabets afslag på at tegne en forsikring er usagligt, således at selskabet er forpligtet til tegne den ønskede forsikring, vil stå uden forsikringsdækning, hvis den pågældende ikke får medhold i, at begrundelsen var usaglig. Med henblik på at undgå denne risiko må den

forsikringssøgende søge at tegne en anden forsikring (eventuelt i et andet selskab) uden at afvente udfaldet af klagen over det første selskab og i givet fald vil den pågældendes interesse i at føre en sag om tilsidesættelse af det tidligere afslag i praksis ofte være begrænset.

Efter flertallets opfattelse vil regler om kontraheringspligt og krav om saglig begrundelse , således at selskabet i sidste ende kan pålægges at tegne en bestemt forsikring, kun have reel praktisk betydning, hvis der samtidig sker en begrænsning i selskabets mulighed for at fastlægge sin egen forretningspolitik, risikovurdering mv., f.eks. ved at stille krav om, at selskabet på statistisk eller andet videnskabeligt grundlag skal kunne begrunde sin risikovurdering. Som nævnt ovenfor finder hverken flertallet eller mindretallet imidlertid grundlag for at foreslå regler herom.

Flertallet vil endvidere fremhæve, at det reelle problem, der kan opstå i praksis, er, at visse persongrupper på grund af sygdom, handicap mv. kan have vanskeligt ved at tegne visse former for personforsikring, jf. ovenfor. Dette berøres imidlertid ikke af mindretallets forslag, idet afslag på at tegne en forsikring i disse tilfælde netop er begrundet i selskabernes forretningspolitik, risikovurdering mv., som mindretallet ikke ønsker at regulere. Efter flertallets opfattelse bør sådanne spørgsmål som nævnt ovenfor løses ved løbende drøftelser mellem forsikringsbranchen og de berørte interesseorganisationer mv.

På denne baggrund finder udvalgets flertal, at der ikke bør indføres en regel som foreslået af mindretallet.

Mindretallet (Jørgen Rønnow Bruun, Sonny Kristoffersen, Per Tretow-Loof, Ivan Sørensen og Erik Werlauff) er enig med flertallet i, at det enkelte forsikringsselskab frit skal kunne fastlægge sin egen forretningspolitik mv. Loven må således ikke indeholde krav om, at selskabet på statistisk eller andet videnskabeligt grundlag skal kunne dokumentere sin risikovurdering.

Imidlertid finder mindretallet, at en reelt usanktioneret begrundelsespligt er utilstrækkelig. For mange private forsikringstagere har forsikringen i dag så stor betydning, at det er rimeligt at pålægge selskaberne at give en saglig begrundelse for et afslag eller en opsigelse. En saglig begrundelse skal sætte den forsikringssøgende i stand til at vurdere, om den ønskede forsikring kan tegnes i et andet selskab, eller om den vil kunne tegnes i dette selskab på andre vilkår, f. eks. til en højere præmie og/eller med indskrænkninger i dækningsomfanget.

I hvert fald hvad angår forbrugerforsikringer finder mindretallet derfor, at det i loven bør forbydes forsikringsselskaberne at afslå en forbrugers begæring om at tegne en forsikring, som selskabet ellers normalt tilbyder, medmindre afslaget er sagligt begrundet, herunder i særlige risikoforhold. En sådan lovbestemmelse bør gælde tilsvarende ved forsikringens fornyelse og ved selskabets opsigelse af forsikringen.

Forbuddet mod usagligt afslag bliver i sagens natur kun effektivt, hvis selskabet på begæring skal begrunde sit afslag. Loven må derfor også indeholde en begrundelsespligt, men denne er ikke udgangspunktet for disse medlemmer udgangspunktet er forbuddet mod et usagligt afslag. I yderste konsekvens skal et selskab, som ikke formår at give en saglig begrundelse for sit afslag, derfor kunne pålægges at tegne henholdsvis fortsætte forsikringen. Der er intet begrebsmæssigt betænkeligt ved, at et selskab således skal kunne pålægges en forsikringaftaleretlig naturalopfyldelse. Eksempelvis vil jo også et selskab, som uretmæssigt varsler en indskrænkning i dækningsomfanget, kunne pålægges at videreføre forsikringen med de oprindelige vilkår.

Der henvises til kapitel 23 nedenfor, der indeholder flertallets lovudkast med bemærkninger og mindretallets lovudkast (lovudkastets § 1, nr. 3).

Udvalget har endvidere overvejet forsikringsselskabernes procedurer mv. i forbindelse med vurderingen af en forsikringsbegæring, herunder navnlig den virksomhed, som udøves af Bedømmelsesforeningen med hensyn til livs- og pensionsforsikringer (Foreningen til Bedømmelse af Personforsikringsvirksomhed).

Bedømmelsesforeningens formål er at sikre, at forsikringstagere med forøget helbredsmæssig risiko så vidt muligt kan tilbydes livs- og pensionsforsikring på et tilstrækkeligt statistisk og lægeligt grundlag, og at så få forsikringer som muligt afslås på grund af forsikringstagerens forringede helbredstilstand.

De forsikringsselskaber, der gør brug af Bedømmelsesforeningen, udgør 80-85 pct. af markedet for livs- og pensionsforsikringer her i landet. Spredningen af de forsikrede mellem de deltagende selskaber indebærer, at det i det enkelte selskab ikke er muligt at udarbejde brugbare beregninger over hyppigheden af død og invaliditet for personer med en forringet helbredstilstand. Dette bliver imidlertid i vidt omfang muligt, når risikovurderingen samles få steder, herunder i Bedømmelsesforeningen.

Bedømmelsesforeningens risikovurdering af den enkelte forsikringstager er ikke bindende for forsikringsselskabet. Det er det enkelte forsikringsselskab, der bl.a. på grundlag af Bedømmelsesforeningens udtalelse vurderer, om og i givet fald på hvilke vilkår en forsikring kan tegnes.

Udvalget har ikke fundet grundlag for at foreslå regler, der nærmere regulerer forsikringsselskabernes anvendelse af Bedømmelsesforeningens risikovurderinger. Udvalget vil dog pege på, at der kan være behov for øget åbenhed og information om Bedømmelsesforeningens virksomhed og forsikringsselskabernes anvendelse af foreningens udtalelser. Udvalget anbefaler, at Bedømmelsesforeningen og forsikringsbranchen overvejer

dette nærmere.

Som det fremgår af kapitel 16.1.2. ovenfor, indebærer gennemførelsen af 4. motorkøretøjsforsikringsdirektiv, at ansvarsforsikringsselskabet for visse skader forvoldt af motorkøretøjer i udlandet inden 3 måneder fra erstatningskravets fremsættelse skal give den skadelidte et begrundet erstatningstilbud eller et begrundet svar på erstatningskravet.

Udvalget har overvejet, om denne 3-måneders frist bør udstrækkes til at gælde generelt for alle forsikringsforhold, men finder ikke, at der er noget praktisk behov herfor. Udvalget vil i den forbindelse bl.a. pege på, at forsikringsselskabet allerede i dag som følge af renteregelen i forsikringsaftalelovens § 24 tilskyndes til at udbetale forsikringsydelsen snarest muligt.

---

1. Se herom generelt Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 41 ff., og Preben Lyngsø: Dansk Forsikringsret, side 49 ff.

2. Bekendtgørelse nr. 1024 af 15. december 1993 om tinglysning i tingbogen bilag 1 og 2.

3. Erstattes pr. 20. januar 2003 af bekendtgørelse nr. 585 af 9. juli 2002 om ansvarsforsikring for motorkøretøjer § 1.

4. Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 44 ff.

5. Refereret i Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 45 f.

6. Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 47 ff., og Preben Lyngsø: Dansk Forsikringsret, side 54 ff.

7. Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 48 ff., og Preben Lyngsø: Dansk Forsikringsret, side 55 f.

8. Refereret i Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 49.

9. Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 48 ff.

10. Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2000/26/EF af 16. maj 2000 om indbyrdes tilnærmelse af medlemsstaternes lovgivning om ansvarsforsikring for motorkøretøjer og om ændring af Rådets direktiv 73/237/EØF og 88/357/EØF.

11. NOU 1983:56, side 33, og NOU 1987:24, side 27.

12. NOU 2000:23 om forsikringsselskapers innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger, side 65 f. og side 126.

13. Svensk Karnov note 22 ad 9 §.

14. Svensk Karnov note 23-25 ad 9 §. Se også SOU 1977:84, side 127 ff. og 192 ff.

15. Se f.eks. Preben Lyngsø i JUR 1995.241, Thomas Kirkbak i JUR 1995.323 og Claus Tønnesen i JUR 1995.411 samt Anker Laden-Andersen i Lov & Ret 7/1999.27 og 3/2000.18 og Claus Tønnesen i Lov & Ret 3/2000.16. Der kan også henvises til Ivan Sørensens Udredning om bedre forbrugerbeskyttelse ved private forsikringer i Danmark, side 20 ff.

16. Beretning fra Finanstilsynet 1993, side 119, og Juridisk Årbog 1996, side 52 f.

Kapitel 17. Opsigelse

17.1. Gældende ret

Forsikringsaftaleloven indeholder ingen almindelige regler om forsikringsselskabets eller forsikringstagerens mulighed for at opsige forsikringsaftalen.

Loven indeholder enkelte særlige opsigelsesregler, f.eks. § 13 om opsigelse af forsikringen ved manglende betaling af forsikringspræmien, jf. kapitel 6.1.1. ovenfor.

Selskabet har endvidere i visse særlige situationer mulighed for at opsige en skadesforsikring med en uges varsel, selv om forsikringsaftalen ikke indeholder hjemmel hertil. Efter § 5, stk. 2, kan selskabet opsige en skadesforsikring, hvis forsikringstageren ved forsikringens tegning har afgivet urigtige oplysninger, selv om forsikringstageren hverken vidste eller burde vide, at oplysningen var urigtig. Ved fareforøgelse kan selskabet opsige forsikringen, selv om fareforøgelsen er sket uden sikredes vilje, hvis selskabet ikke ville have antaget forsikringen med denne risiko eller kun ville have antaget den på andre vilkår, jf. § 47. Endelig kan selskabet efter § 51, stk. 2, opsige forsikringen ved manglende overholdelse af sikkerhedsforholdsregler, hvis der er grund til at tro, at forholdsreglen vil blive tilsidesat igen.

Loven indeholder endelig i § 31 en regel, hvorefter forlængelse af forsikringer for længere tid end et år, forudsætter, at forsikringstageren får et særligt varsel herom, samt en regel i § 84 om fornyelse af 1-årige brandforsikringer, som dog modificeres af §§ 207-208 i lov om forsikringsvirksomhed, jf. nedenfor.

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

§ 84. Gælder en forsikring for et tidsrum af et år, skal den, hvis ikke andet må anses aftalt, betragtes som fornyet for et år ad gangen, medmindre forsikringstageren eller selskabet har opsagt den senest en uge før forsikringstidens udløb.

Det kan endelig nævnes, at forsikringstageren ved forbrugerforsikringer og ved livsforsikringer mv. har en generel fortrydelsesfrist på 14 dage i forbindelse med aftalens indgåelse, jf. lov om visse forbrugeraftaler kapitel 4 a samt forsikringsaftalelovens §§ 97 a og 119 a.

Spørgsmålet om, i hvilket omfang forsikringsselskabet og forsikringstageren kan opsige forsikringsaftalen, er således kun i begrænset omfang reguleret af forsikringsaftaleloven, og må i stedet som udgangspunkt afgøres efter almindelige aftaleretlige regler. Parternes adgang til at opsige forsikringsaftalen må således i første række afgøres efter indholdet af den indgåede aftale, dvs. på grundlag af forsikringsbetingelsernes opsigelsesregler.

En forsikring, der er indgået for en bestemt periode, f.eks. et år, vil sædvanligvis indeholde et almindeligt vilkår om opsigelse af forsikringen til forsikringsperiodens udløb og særlige vilkår om opsigelse i forsikringstiden.

I hvert fald på forbrugerområdet har de fleste forsikringer (bortset fra livsforsikringer) en løbetid på et år, men dette gælder efterhånden også mange erhvervsforsikringer. For så vidt angår forbrugerforsikringer har dette sin baggrund i en henstilling fra det daværende Assurandør-Societetet (nu Forsikring & Pension), der i 1976 opfordrede forsikringsselskaberne til at indføre et-årige forsikringer på forbrugerområdet.[1]

Sådanne forsikringer indeholder i almindelighed et vilkår om, at forsikringen automatisk forlænges et år ad gangen, medmindre den opsiges af selskabet eller forsikringstageren med et varsel fastsat i aftalen. På forbrugerområdet gælder sædvanligvis et varsel på 2 eller 4 uger til udløb ved forsikringens hovedforfaldsdag. For erhvervsforsikringer er varslet normalt 8 uger eller mere til forsikringens hovedforfaldsdag.[2]

Forsikringsaftalen vil endvidere normalt indeholde regler, der giver både selskabet og forsikringstageren mulighed for at opsige forsikringen i forsikringstiden, f.eks. med et varsel på 14 dage efter, at der er sket anmeldelse af en skade. Som eksempel kan følgende bestemmelse i Familiens Basisforsikring:

> Efter enhver anmeldt skade er såvel forsikringstageren som selskabet indtil 14 dage efter erstatningens udbetaling eller efter afvisning af skaden berettiget til at ophæve forsikringen med 14 dages varsel.

Begrundelsen for et sådant vilkår, som gælder for de fleste forsikringer (bortset fra livsforsikringer), er, at forsikringstageren på baggrund af erfaringerne med selskabets behandling af en skade bør have adgang til at opsige forsikringen, og at selskabet på baggrund af skadessagen og dens forløb bør have mulighed for f.eks. i lyset af en ændret risikovurdering at opsige forsikringen[3]

Vilkåret indebærer, at parterne kan opsige forsikringen efter enhver anmeldt skade. Som følge af denne vide opsigelsesadgang antager Ivan Sørensen, at der må stilles krav om, at forsikringsselskabets opsigelse er i overensstemmelse med, hvad der kan antages at være almindelig praksis i forsikringsbranchen. Dette antages bl.a. at indebære, at opsigelsen helt eller delvist skal have sin begrundelse i den anmeldte skade.[4]

Ivan Sørensen antager endvidere, at domstolene og Ankenævnet for Forsikring principielt kan efterprøve, om de materielle betingelser for en opsigelse i forsikringstiden er opfyldt, dvs. om opsigelsen er grundet i risikomæssige forhold, men at Ankenævnet i praksis er utilbøjelig til at efterprøve selskabets begrundelse for en opsigelse.[5]

I AKF 36.320[6] afviste forsikringsselskabet at give forsikringstageren en begrundelse for, at den pågældendes familieforsikring blev opsagt efter en hærværksskade. Ankenævnet udtalte, at selskabet ikke havde nogen pligt til at begrunde opsigelsen, og nøjedes med at konstatere, at de formelle krav til opsigelsen var opfyldt.

Hvis forsikringsbetingelserne ikke indeholder regler om opsigelse i forsikringstiden, må udgangspunktet være, at der ikke kan ske opsigelse.[7]

I UfR 1998.407 H havde forsikringstageren i 1981 tegnet en ulykkesforsikring med en varighed på 30 år. Forsikringen indeholdt ingen opsigelsesklausul. I 1993 meddelte forsikringsselskabet, at der med virkning fra næste præmiebetaling blev indført en opsigelsesadgang efter en skades afslutning eller afvisning og en generel opsigelsesadgang for en del af forsikringsdækningen. Højesteret bemærkede, at der ikke var aftalt nogen opsigelsesret for selskabet, og at formålet med at tegne en personforsikring som den foreliggende bl.a. måtte antages at være at sikre sig ulykkesforsikringsdækning gennem en længere periode af sit liv, herunder også i en periode, hvor en ny forsikring af helbredsmæssige grunde muligvis ikke vil kunne tegnes på tilsvarende vilkår. Højesteret fandt herefter, at forsikringsbetingelsernes almindelige regler om ændring af aftalen eller almindelige regler om ophør af vedvarende kontrakter ikke gav grundlag for, at selskabet kunne indføre en opsigelsesadgang.

Hvis selskabet efter forsikringsbetingelserne kan opsige forsikringen, kan det i stedet for at

opsige hele aftalen som det mindre i det mere ændre forsikringsbetingelserne, herunder ændre forsikringens dækningsomfang.[8]

I AKF 38.448 (FED 1996.1712) afviste forsikringsselskabet at dække en anmeldt rygskade, da der ikke var tale om en ulykke . Selskabet indsatte samtidig en klausul i ulykkesforsikring, som undtog visse ryglidelser fra forsikringsdækningen. Efter forsikringsbetingelserne kunne forsikringen opsiges efter en anmeldt skade. Ankenævnet fandt på denne baggrund, at selskabet havde været berettiget til at indsætte klausulen om ryglidelser, da selskabet i stedet kunne have opsagt hele forsikringen.

I responsum nr. 3193 (FED 1997.1394) udtalte Rådet for Dansk Forsikring og Pension (nu Forsikring & Pension), at det var sædvanligt at opsige en husforsikring efter at have dækket dels en svampeskade, dels reparation af en afløbsbrønd, der var knust af rødder fra naboens træ. Det var ligeledes sædvanligt, at selskabet i den nye forsikring tog forbehold om ikke at ville dække skader fra trærødder.

Særligt med hensyn til livsforsikringer bemærkes, at forsikringsbetingelserne sædvanligvis ikke indeholder regler, der f.eks. giver forsikringsselskabet mulighed for at opsige forsikringen i forbindelse med anmeldelse af en skade.[9] Opsigelse af en livsforsikring, f.eks. som følge af manglende præmiebetaling, indebærer ikke uden videre, at forsikringsaftalen helt bortfalder, idet forsikringen i visse tilfælde vil kunne omskrives til en fripolice (police uden præmiebetaling), eller tilbagekøbsværdien vil kunne kræves udbetalt, jf. forsikringsaftalelovens § 101.

Der findes enkelte lovregler mv., der begrænser forsikringsselskabets adgang til at opsige en forsikring.

Ved ansvarsforsikring for motorkøretøjer antages det, at selskabet ikke uden videre kan opsige forsikringen, jf. § 5 i bekendtgørelse nr. 1171 af 16. december 1992 om ansvarsforsikring for motordrevne køretøjer mv.[10] Noget tilsvarende gælder ved ansvarsforsikring for hunde, jf. § 2 i bekendtgørelse nr. 485 af 25. september 1984 om ansvarsforsikring for hunde. Efter §§ 207-208 i lov om forsikringsvirksomhed kan forsikringsselskabet kun i begrænset omfang opsige en bygningsbrandforsikring. Disse regler modificerer således forsikringsaftalelovens § 84 nævnt ovenfor.

Forsikringsaftalen kan ophøre af andre grunde end opsigelse, f.eks. som følge af manglende præmiebetaling, jf. forsikringsaftalelovens § 15, stk. 1, som er omtalt ovenfor i kapitel 6.1.3.

Det antages endvidere, at en skadesforsikringsaftale i almindelighed ophører, hvis den

interesse, der er forsikret, bortfalder.[11] Hvis sikredes bil bliver totalskadet, vil forsikringen således automatisk ophøre, medmindre den pågældende anskaffer sig en anden bil.

Ved summaforsikring ophører forsikringsaftalen normalt, hvis den risiko, der er tegnet forsikring for, bortfalder.[12] Er der f.eks. tegnet en ulykkesforsikring med dækning ved tab af erhvervsevne, ophører erhvervsevnetabsdækningen, hvis sikrede fuldstændig mister sin erhvervsevne.

17.2. Reglerne i de andre nordiske lande

17.2.1. Norge

Den norske forsikringsaftalelov indeholder både regler om forsikringstagerens og om forsikringsselskabets mulighed for at opsige forsikringsaftalen, herunder forsikringsselskabets mulighed for at undlade at forny en forsikring.

Med hensyn til skadesforsikringer kan forsikringstageren efter § 3-2 opsige forsikringen ved udløbet af forsikringsperioden med 1 måneds varsel fra selskabets præmieopkrævning for den nye forsikringsperiode. I forsikringstiden kan forsikringen opsiges, hvis forsikringsbehovet falder bort, eller hvis der foreligger andre særlige grunde.

§ 3-2. *(forsikringstakerens rett til å si opp forsikringsforholdet)*

Vil forsikringstakeren si opp forsikringen fra utløpet av forsikringstiden, må han eller hun varsle selskapet om dette senest en måned fra den dag selskapet har sendt ordinært premievarsel for den nye perioden til forsikringstakeren.

Forsikringstakeren kan i forsikringstiden si opp et løpende forsikringsforhold dersom forsikringsbehovet faller bort eller det foreligger andre særlige grunner.

Ved kollektiv forsikring kan bestemmelsen i annet ledd fravikes i forsikringavtalen.

Det vil normalt være en særlig grund , at der er indtrådt en forsikringsbegivenhed, men ikke at der på markedet introduceres en ny forsikring med en bedre dækning eller samme dækning til en lavere pris.[13]

Efter § 3-3 kan forsikringsselskabet opsige en skadesforsikring i forsikringstiden, hvis der er på et væsentligt punkt er afgivet urigtige risikooplysninger, jf. § 4-3, eller hvis sikrede i forbindelse med behandlingen af en skade har givet bevidst urigtige oplysninger, jf. § 8-1.

Forsikringsselskabet kan herudover alene opsige forsikringen, hvis der foreligger særlige forhold, som er angivet i forsikringsbetingelserne, og opsigelsen er rimelig.

§ 3-3. *(selskapets rett til å avbryte forsikringsforholdet i forsikringstiden)*

Selskapet kan si opp en løpende forsikring i samsvar med reglene i §§ 4-3 og 8-1 tredje ledd. For øvrig kan det bare si opp en løpende forsikring når det foreligger et særlig forhold som er bestemt angitt i vilkårene, og oppsigelse er rimelig.

Oppsigelsen må foretas uten ugrunnet opphold etter at selskapet ble kjent med det forhold som medfører at det kan si opp forsikringen. Oppsigelsen skal skje skriftlig og være grunngitt. Er ikke en kortere frist fastsatt i loven, skal oppsigelsesfristen være minst to måneder. Selskapet skal i oppsigelsen gi orientering om adgangen til å kreve nemndbehandling etter § 20-1, eventuelt om andre muligheter for å få prøvd om oppsigelsen er lovlig.

Det som er bestemt om oppsigelse i første ledd annet punktum, gjelder tilsvarende for forbehold om at forsikringen skal opphøre dersom en bestemt hendelse inntreffer.

Særlige forhold, der kan gøre en opsigelse rimelig, kan f.eks. være, at tillidsforholdet mellem selskabet og forsikringtageren er bristet, eller at det risikobillede, som selskabet har lagt til grund, er ændret fundamentalt, uden at dette skyldes afgivelse af urigtige oplysninger, som efter § 4-3 ville give selskabet adgang til at opsige forsikringen.[14] Det giver ikke i sig selv ret til opsigelse, at der er indtrådt en forsikringsbegivenhed, mens f.eks. tilsidesættelse af centrale sikkerhedsforholdsregler kan gøre en opsigelse rimelig.[15]

Efter § 3-6, stk. 1-2, kan forsikringsselskabet som udgangspunkt kun afvise at forny en forsikring med en løbetid på mindst et år, hvis der foreligger særlige grunde, som gør dette rimeligt. I givet fald skal dette varsles over for forsikringstageren senest to måneder før udløbet af forsikringstiden.

§ 3-6. *(fornyelse og endring av vilkårene i forbindelse med fornyelse)*

Gjelder en forsikring for et bestemt tidsrom på ett år eller mer, og ønsker selskapet ikke å forlenge forsikringen ut over den avtalte perioden, må det varsle forsikringstakeren om dette senest to måneder før utløpet av forsikringstiden. I modsatt fall fornyes forsikringsforholdet for ett år.

Selskapet kan bare unnlate å fornye en forsikring som nevnt i først ledd når det foreligger særlige grunner som gjør det rimelig å gå til oppsigelse. Når fornyelse nektes, gjelder § 3-3 annet ledd annet og fjerde punktum tilsvarende. Det som er bestemt i leddet her, gjelder ikke

dersom det er uttrykkelig avtalt at forsikringen skall opphøre ved utløpet av forsikringstiden.
...

Selskabet vil f.eks. kunne undlade at forny forsikringen, hvis selskabets risiko viser sig at være en væsentlig anden end forudsat ved forsikringens tegning. I rimelighedsvurderingen indgår bl. a., om selskabets interesser kan tilgodeses ved mindre indgribende skridt end manglende fornyelse, f.eks. præmieforhøjelse eller ændring af forsikringsbetingelserne.[16]

Ved personforsikringer gælder der forskellige regler om opsigelse af livsforsikringer og af ulykkes- og sygeforsikringer.

Efter § 12-3 kan forsikringstageren når som helst opsige en livsforsikring, mens en ulykkes- og sygeforsikring ligesom en skadesforsikring kun kan opsiges, hvis forsikringsbehovet er bortfaldet, eller der foreligger andre særlige grunde.

§ 12-3. *(forsikringstakerens rett til å si opp forsikringsforholdet)*

Forsikringstakeren kan ved livsforsikring når som helst avbryte et løpende forsikringsforhold.

Vil forsikringstakeren si opp en ulykkes- eller sygeforsikring fra utløpet av forsikringstiden, må han eller hun varsle selskapet om dette senest en måned fra den dag selskapet har sendt ordinært premievarsel for den nye perioden til forsikringstakeren.

Forsikringstakeren kan i forsikringstiden si opp en løpende ulykkes- eller sygeforsikring dersom forsikringsbehovet faller bort eller det foreligger andre særlige grunner.

Ved kollektiv forsikring kan bestemmelsene i første og tredje ledd fravikes i forsikringavtalen.

Forsikringsselskabet kan efter § 12-4 alene opsige en livsforsikring, hvis der er afgivet urigtige risikooplysninger ved forsikringstegningen, jf. § 13-3. For ulykkes- og sygeforsikringer gælder i det væsentlige de samme opsigelsesregler som for skadesforsikringer.

§ 12-4. *(selskapets rett til å avbryte forsikringsforholdet i forsikringstiden)*

Ved livsforsikring kan selskapet ikke si opp forsikringen i andre tilfelle enn bestemt i § 13-3.

Ved ulykkes- og sykeforsikring kan selskapet si opp en løpende forsikring i samsvar med reglerne i §§ 13-3 og 18-1 tredje ledd [om urigtige oplysninger ved forsikringstegningen og under skadebehandlingen]. For øvrig kan det bare si opp en løpende forsikring når det

foreligger et særlig forhold som er bestemt angitt i vilkårene, og oppsigelse er rimelig. Selskapet kan likevel ikke ta forbehold om rett til oppsigelse på grunn av at den forsikredes helse er forverret etter at forsikringen ble tegnet.

Oppsigelsen må foretas uten ugrunnet opphold etter at selskapet ble kjent med det forhold som medfører at det kan si opp forsikringen. Oppsigelsen skal skje skriftlig og være grunngitt. Er ikke en kortere frist fastsatt i loven, skal oppsigelsesfristen være minst to måneder. Selskapet skal i oppsigelsen gi orientering om adgangen til å kreve nemndbehandling etter § 20-1, eventuelt om andre muligheter for å få prøvd lovligheten av oppsigelsen.

Det som er bestemt om oppsigelse i annet ledd annet jf tredje punktum, gjelder tilsvarende for forbehold om at forsikringen skal opphøre dersom en bestemt hendelse inntreffer.

§ 12-7, stk. 1-2, indeholder regler om selskabets mulighed for at afvise at forlænge en ulykkes- og sygeforsikring, som svarer til reglerne for skadesforsikringer.

§ 5-2 og § 14-2 indeholder nærmere regler om forsikringens ophør ved manglende præmiebetaling, jf. kapitel 6.2.1. ovenfor.

17.2.2. Sverige

Den svenske forsikringsaftalelov indeholder ikke almindelige regler om forsikringsselskabets og forsikringstagerens mulighed for at opsige forsikringsaftalen.

Loven indeholder enkelte særregler om opsigelse af skadesforsikringer, hvis der er afgivet urigtige oplysninger ved forsikringens tegning (5 §, stk. 2), ved fareforøgelse (47 §) og ved tilsidesættelse af sikkerhedsforholdsregler (51 §, stk. 2). Endvidere gælder en regel om opsigelse ved manglende præmiebetaling (13 §). Disse regler svarer i det væsentlige til de tilsvarende regler i den danske forsikringsaftalelov. Den svenske lov indeholder i 97 a § en regel, der svarer til den danske lovs § 97 a om forsikringstagerens fortrydelsesret ved livsforsikringer, men er formuleret som en ret til at opsige forsikringen .

Den svenske forsikringsaftalelov indeholder endelig i 31 og 84 §§ regler om forlængelse af forsikringer, der stort set svarer til de tilsvarende regler i den danske lov.

Derimod indeholder konsumentförsäkringslagen generelle regler om fornyelse af forsikringen, herunder om muligheden for at opsige forsikringsaftalen til forsikringstidens udløb (14-17 §§), samt om opsigelse af forsikringen i forsikringstiden (18-20 §§).

Efter 14 § sker der som udgangspunkt forlængelse af forsikringen, hvis den ikke er opsagt til

ophør ved forsikringstidens udløb, og forsikringstageren ikke har tegnet en tilsvarende forsikring i andet selskab.

14 § En försäkring förnyas, om den inte har sagts upp att upphöra vid försäkringstidens utgång och försäkringstagaren inte vid denna tidpunkt har tecknat en motsvarande försäkring hos ett annat försäkringsbolag.

Första stycket gäller ej, om det framgår av avtalet eller omständigheterna att försäkringen inte skall förnyas.

Efter 15 § kan forsikringsselskabet kun opsige forsikringen til forsikringstidens udløb, hvis der er særlige grunde til ikke længere at opretholde forsikringen, f.eks. hvis sikrede i forsikringstiden har undladt at overholde sikkerhedsforholdsregler, eller hvis der i den forløbne periode har været mange skader.[17]

15 § Försäkringsbolaget får säga upp försäkringen till försäkringstidens utgång endast om bolaget har särskilda skäl att inte längre meddela försäkringen.

Försäkringsbolagets uppsägning får verkan endast om ett skriftligt meddelande om uppsägningen avsänds till försäkringstagaren senast fjorton dagar före försäkringstidens utgång. Gör försäkringstagaren sannolikt att detta meddelande har försenats eller inte kommit fram på grund av omständigheter som han inte har kunnat råda över, upphör dock försäkringen tidigast en vecka efter den dag då meddelandet kom honom till handa och senast tre månader efter den dag då försäkringsbolaget avsände meddelandet till honom.

Forsikringstageren kan derimod når som helst opsige forsikringen til forsikringstidens udløb, jf. 16 §.

16 § Vill försäkringstagaren säga upp försäkringen till försäkringstidens utgång, får han göra uppsägningen när som helst dessförinnan.

I 17 § findes regler om ændring af forsikringsaftalens vilkår i forbindelse med dens fornyelse.

Forsikringsselskabet kan efter 18 § opsige forsikringen i forsikringstiden, dvs. før forsikringstidens udløb, hvis forsikringstageren eller sikrede groft tilsidesætter deres forpligtelser over for selskabet, eller hvis der foreligger andre særlige grunde. Det antages, at væsentligt ændrede forhold næppe i sig selv kan give grundlag for opsigelse.[18] Opsigelse kan derimod f.eks. ske ved så betydelig overforsikring, at der er grundlag for en mistanke om, at sikrede vil forsøge at begå forsikringsbedrageri.

18 § Försäkringsbolaget får säga upp försäkringen att upphöra före försäkringstidens utgång, om försäkringstagaren eller den försäkrade grovt har åsidosatt sina förpliktelser mot försäkringsbolaget eller om det finns andra synnerliga skäl.

Försäkringsbolagets uppsägning får verkan fjorton dagar efter den dag då försäkringsbolaget avsände ett skriftligt meddelande till försäkringstagaren om uppsägningen. Gör försäkringstagaren sannolikt att detta meddelande har försenats eller inte kommit fram på grund av omständigheter som han inte har kunnat råda över, upphör dock försäkringen tidigast en vecka efter den dag då meddelandet kom honom till handa och senast tre månader efter den dag då försäkringsbolaget avsände meddelandet till honom.

Beträffande uppsägning på grund av dröjsmål med betalningen av premie gäller vad som föreskrivs i 25 § [se herom kapitel 6.2.2. ovenfor].

Forsikringstageren kan uden opsigelsesvarsel opsige forsikringen, hvis forsikringsbehovet falder bort, f.eks. hvis den forsikrede ejendom sælges, eller hvis der indtræder en anden lignende omstændighed. Forsikringen kan ikke opsiges under henvisning til, at forsikringstageren vil tegne en billigere forsikring i et andet selskab.[19] Forsikringstageren kan endvidere opsige forsikringen, hvis forsikringsselskabet har varslet ændring af forsikringsbetingelserne i forsikringstiden, jf. 19 §, stk. 2.

19 § På begäran av försäkringsbolaget kan försäkringsvillkoren ändras under försäkringstiden, om försäkringstagaren eller den försäkrade har åsidosatt sina förpliktelser mot försäkringsbolaget uppsåtligen eller genom oaktsamhet som ej är ringa eller om det finns synnerliga skäl. Ändringen får verkan fjorton dagar efter den dag då försäkringsbolaget avsände ett skriftligt meddelande till försäkringstagaren om ändringen.

Har försäkringsbolaget begärt ändring av försäkringsvillkoren enligt första stycket, får försäkringstagaren säga upp försäkringen till den tidpunkt då ändringen annars skulle få verkan. Uppsägningen skall göras före denna tidpunkt.

20 § Försäkringstagaren får säga upp försäkringen att upphöra med omedelbar verkan, om försäkringsbehovet faller bort eller om det inträffar en annan liknande omständighet.

Har en försäkring förnyats enligt 14 § eller har försäkringsvillkoren ändrats under försäkringstiden enligt 19 § första stycket, kan försäkringstagaren innan han har betalt någon del av fordrad premie säga upp försäkringen att upphöra med omedelbar verkan. En förnyad försäkring upphör också omedelbart, om försäkringstagaren utan att betala premie för denna försäkring tecknar en motsvarande försäkring hos ett annat försäkringsbolag.

Det seneste udkast til en ny svensk forsikringsaftalelov indeholder i 3 kap. og 12 kap. nærmere regler om fornyelse og opsigelse af forsikringsaftalen for henholdsvis skadesforsikringer og personforsikringer. De foreslåede regler svarer i vidt omfang til de gældende regler i konsumentförsäkringslagen.

Forsikringstageren kan efter udkastets 3 kap. 6 § opsige en skadesforsikring efter en skade, hvis forsikringsbehovet bortfalder, hvis selskabet varsler ændringer af forsikringsbetingelserne, hvis præmien efter en fornyelse af en forbrugerforsikring endnu ikke er betalt, eller hvis der i øvrigt foreligger nye forhold af væsentlig betydning for forsikringsforholdet. Forsikringstageren kan endvidere opsige forsikringen ved forsikringsselskabets konkurs mv., eller hvis selskabet mister retten til at drive forsikringsvirksomhed i Sverige, jf. 3 kap. 8-9 §§.

Forsikringsselskabet kan i forsikringstiden opsige en skadesforsikring, hvis forsikringstageren svigagtigt har afgivet urigtige risikooplysninger (4 kap. 2 §) og ved præmierestancer (5 kap. 2 §). Der henvises herom til kapitel 5.2.2. og 6.2.2. ovenfor. Opsigelse kan endvidere ske, hvis forsikringstageren groft tilsidesætter sine pligter over for selskabet, eller hvis der findes anden særlig grund dertil, jf. 3 kap. 4 §.

Efter udkastets 3 kap. 6 § fornys en forbrugerforsikring ved forsikringstidens udløb, medmindre den forinden opsiges af enten forsikringstageren eller forsikringsselskabet.

3 kap. 7 § indeholder regler om forsikringsselskabets mulighed for at ændre vilkårene for forsikringsaftalen.

3 § Försäkringstagaren får säga upp försäkringen att omedelbart upphöra före försäkringstidens utgång,

1. efter en skada, om uppsägningen görs inom en månad från det att han fick del av försäkringsbolagets beslut i ersättningsfrågan,
2. om försäkringsbehovet faller bort eller det inträffar någon annan liknande omständighet,
3. om bolaget har begärt ändring av försäkringsvillkoren enligt 5 §,
4. om en konsumentförsäkring har förnyats enligt 6 § och försäkringstagaren ännu inte har betalat premie för den nya premieperioden, eller
5. om det i annat fall föreligger en ny omständighet av väsentlig betydelse för försäkringsförhållandet.

Om försäkringstagaren efter förnyelse enligt 6 § första stycket av en konsumentförsäkring tecknar en motsvarende försäkring i ett annat försäkringsbolag utan att betala premie för den förnyade försäkringen, anses denna uppsagd med omedelbar verkan.

4 § Utom i de fall som avses i 4 kap. 2 § första stycket och 5 kap. 2 § första stycket får

försäkringsbolaget säga upp en försäkring att upphöra före försäkringstidens utgång bara om försäkringstagaren eller den försäkrade grovt har åsidosatt sina förpliktelser mot bolaget eller om det annars finns synnerliga skäl.

Uppsägningen skal göras skriftligen och med fjorton dagars uppsägningstid räknat från det att bolaget avsände uppsägningen. Uppsägningen skall ske utan oskäligt dröjsmål från det att bolaget fick kännedom om det förhållande varpå uppsägningen grundas. Försummar bolaget detta, förlorar det rätten att säga upp försäkringen på grund av detta förhållande, om inte försäkringstagaren eller den försäkrade har förfarit svikligt eller i strid mot tro och heder.
...

6 § En konsumentförsäkring som inte har sagts upp för att upphöra vid försäkringstidens utgång förnyas för den vanligen tillämpade försäkringstid som närmast svarer mod den senast gällande försäkringstiden, om inte annat framgår av avtalet eller omständigheterna.

Försäkringstagaren får när som helst säga upp försäkringen till försäkringstidens utgång.

En uppsägning från försäkringsbolagets sida skall göras med en månads uppsägningstid, räknat från det att bolaget avsände uppsägningen.

7 § Vill försäkringsbolaget ändra en konsumentförsäkring i samband med en förnyelse enligt 6 § första stycket, skall bolaget begära ändringen samtidigt med kravet på premie för den förnyade försäkringen. Den förnyade försäkringen gäller då för den tid och på de villkor bolaget har erbjudit.

I 2 kap. 4 § första stycket finns bestämmelser om information i samband med en ändring enligt första stycket.

Forsikringstageren kan efter udkastets 12 kap. 3 § når som helst opsige en personforsikring.

Forsikringsselskabet kan opsige en personforsikring, hvis der svigagtigt er afgivet urigtige risikooplysninger, eller hvis der som følge af en ikke ubetydelig uagtsomhed er afgivet urigtige risikooplysninger, og selskabet slet ikke ville have tegnet forsikringen med kendskab til de korrekte oplysninger (13 kap. 3 §), samt ved manglende præmiebetaling (14 kap. 2 §). Der henvises til kapitel 5.2.2. og 6.2.2. ovenfor.

Ved syge- og ulykkesforsikring kan selskabet endvidere tage forbehold for at kunne opsige forsikringen i forsikringstiden, hvis et sådant forbehold er nødvendigt på grund af forsikringens art eller en anden særlig omstændighed. Opsigelse kan dog ikke ske som følge af forsikringsbegivenhedens indtræden eller forringelse af forsikredes helbred, jf. 12 kap. 5 §.

En tidsbegrænset syge- eller ulykkesforsikring fornys for et år ad gangen, medmindre forsikringen inden da er opsagt af forsikringstageren eller forsikringsselskabet, jf. 12 kap. 9 §.

I 12 kap. 6 § findes en regel om forsikringsselskabets mulighed for at tage forbehold for at kunne ændre forsikringsbetingelserne for en personforsikring.

3 § Försakringstageren har rätt att när som helst säga upp en personförsäkring. Han har därvid rätt att få försäkringen ändrad till premiefri försäkring (fribrev) eller att på sätt som närmare anges i försäkringsvillkoren få den återköpt av försäkringsbolaget eller förfoga över sitt tilgodohavande för att flytta försäkringen till annat försäkringsbolag, i den mån inte rätt till återköp eller flyttning saknas på grund av försäkringens art.

I 14 kap. 3 § finns regler om återupplivning av en försäkring som har ändrats till fribrev.

Om försäkringstagaren har rätt att kräva återköp, har han också rätt att i stället belåna försäkringen hos bolaget i den utsträckning som anges i villkoren.

4 § Försäkringsbolaget får inte göra förbehåll om att en personförsäkring skall kunna upphöra i förtid eller ändras under försäkringstiden i andra fall än som anges i denna lag.

5 § Vid sjuk- och olycksfallsförsäkring får bolaget göra förbehåll om rätt säga upp försäkringen i förtid vid slutet av en premieperiod, om förbehållet behövs på grund av försäkringens art eller någon annan särskild omständighet. Förbehållet får inte avse rätt säga upp försäkringen därför att ett försäkringsfall har inträffat eller därför att den försäkrades hälsa har försämrats. Uppsägning med stöd av förbehållet skall göras med en månads uppsägningstid, räknat från det att bolaget avsände uppsägningen.

Vad som sägs i första stycket om förbehåll om rätt att säga upp försäkringen gäller också förbehåll om att försäkringen utan uppsägning skall upphöra vid slutet av en premieperiod, om någon viss händelse inträffar. En förutsättning för att ett sådant förbehåll skall få verkan är att bolaget i samband med krav på premien har upplyst försäkringstagaren om förbehållet.
...

9 § Ett avtal om tidsbegränsad sjuk- eller olycksfallsförsäkring förnyas för en tid av ett år, om inte avtalet har sagts upp för att upphöra vid försäkringstidens slut. I 11 kap. 4 § andra stycket finns bestämmelser om information när en försäkring ändras i samband med förnyelse.

Uppsägning från försäkringsbolagets sida skall göras med en månads uppsägningstid, räknat från det att bolaget avsände uppsägningen. Uppsägningen får inte sändas tidigare än sex månader före försäkringstidens slut.

Första stycket första meningen gäller inte, om något annat framgår av avtalet eller omständigheterna i övrigt. Skall avtalet inte förnyas, gäller i stället vad som föreskrivs i 8 § om livförsäkring enbart för dödsfall [om påmindelse om, at forsikringen ophører, og om muligheden for at fortsætte forsikringen].

17.2.3. Finland

Efter den finske forsikringsaftalelovs 12 § har forsikringstageren en almindelig adgang til når som helst i forsikringstiden at opsige forsikringen.

12 § *(Försäkringstagarens rätt att säga upp en försäkring)*

Försäkringstagaren har rätt att när som helst säga upp en försäkring at upphöra under försäkringsperioden. Uppsägningen skall ske skriftligen. Annan uppsägning är ogiltig. Om försakringstagaren inte har angivit något datum, upphör försäkringen at gälla när uppsägningsmeddelandet har överlämnats eller avsänts till försäkringsgivaren.

Forsikringsselskabet kan i forsikringstiden alene opsige en skadesforsikring i visse nærmere angivne tilfælde: Ved afgivelse af væsentlige urigtige oplysninger ved forsikringens tegning, ved en væsentlig risikoforøgelse, som ikke var forudset ved aftalens indgåelse, ved forsætlig eller groft uagtsom tilsidesættelse af sikkerhedsforholdsregler eller fremkaldelse af forsikringsbegivenheden, eller hvis der svigagtigt er afgivet urigtige oplysninger til brug for behandlingen af en skade, jf. 15 §. Hvis der er tale om en fortløbende skadesforsikring , dvs. hvor det er aftalt, at forsikringen fornys for en ny forsikringsperiode, hvis den ikke forinden opsiges, kan selskabet endvidere uden særlig begrundelse opsige forsikringen til forsikringstidens ophør, jf. 16 §.

15 § *(Försäkringsgivarens rätt att säga upp en skadeförsäkring under försäkringsperioden)*

Försäkringsgivaren har rätt att säga upp en skadeförsäkring att upphöra under försäkringsperioden, om

1) försäkringstagaren eller den försäkrade innan försäkringen meddelades har lämnat oriktiga eller bristfälliga upplysningar och om försäkringsgivaren inte skulle ha meddelat försäkringen om han hade känt til det rätta sakförhållandet,
2) det under försäkringsperioden, i de förhållanden som försäkringstagaren eller den försäkrade uppgivit för försäkringsgivaren när avtalet ingicks eller i någon omständighet som antecknats i försäkringsbrevet har skett en förändring som väsentligt ökar risken för skada och som försäkringsgivaren inte kan anses ha beaktat när avtalet ingicks,

3) den försäkrade uppsåtligen eller av grov oaktsamhet har åsidosatt en säkerhetsföreskrift,
4) den försäkrade har fremkallat försäkringsfallet uppsåtligen eller av grov oaktsamhet eller
5) den försäkrade efter försäkringsfallet svikligen har lämnat försäkringsgivaren oriktiga eller bristfälliga upplysningar som är av betydelse för bedömningen av försäkringsgivarens ansvar.

Försäkringsgivaren skall efter att ha fått vetskap om uppsägningsgrunden utan obefogat dröjsmål säga upp försäkringen skriftligen. Om försäkringsgivaren försummar detta förlorar han sin uppsägningsrätt, dock inte om försäkringstagaren i det fall som avses i 1 mom. 2 punkten svikligen har åsidosatt sin informationsplikt enligt 26 § 1 mom. [om forsikringstagerens pligt til at underrette selskabet om fareforøgelse i forsikringstiden]. Försäkringen upphör att gälla en månad efter att uppsägningsmeddelandet har avsänts.

Om försäkringsgivarens rätt att säga upp en försäkring på grund av försenad premiebetalning stadgas i 39 § [se herom kapitel 6.2.3. ovenfor].

16 § *(Uppsägning av fortlöpande skadeförsäkring)*

Det kan bestämmas i villkoren för en skadeförsäkring att försäkringsgivarens ansvar fortsätter en försäkringsperiod i sänder, om ingendera avtalsparten säger upp avtalet (fortlöpande skadeförsäkring).

Försäkringsgivaren har rätt att säga upp en fortlöpande skadeförsäkring att upphöra i slutet av försäkringsperioden. Uppsägningsmeddelandet skall sändas till försäkringstagaren senast en månad före försäkringsperiodens utgång. Om försäkringstagarens rätt att säga upp försäkringen stadgas i 12 §.

Ved personforsikringer kan forsikringsselskabet efter 17 § opsige forsikringen, hvis forsikringstageren forsætligt eller ved en ikke ubetydelig uagtsomhed har afgivet urigtige oplysninger ved forsikringens tegning, når selskabet slet ikke ville have tegnet forsikringen med kendskab til de korrekte oplysninger (25 §). Opsigelse kan endvidere ske ved manglende præmiebetaling (39 §), ligesom det kan aftales, at opsigelse kan ske, hvis forsikringstageren forsætligt eller ved en ikke ubetydelig uagtsomhed undlader at underrette selskabet om fareforøgelse, og selskabet ikke ville have tegnet forsikringen med denne risiko (27 §). Det kan endelig for ulykkes- og sygeforsikring aftales, at opsigelse kan ske til forsikringstidens udløb, dog ikke under henvisning til, at forsikredes helbredstilstand har ændret sig, eller at der er indtrådt en forsikringsbegivenhed.

17 § *(Försäkringsgivarens rätt att säga upp en personförsäkring)*

Försäkringsgivaren får inte säga upp en personförsäkring i andra fall än de som anges i denna paragraf samt i 25, 27 og 39 §§.

I villkoren för sådan olycksfallsförsäkring och sjukförsäkring beträffande vilken premiebetalning har avtalats ske regelbundet (premieperiod), kan det föreskrivas att försäkringsgivaren har rätt att säga upp försäkringen att upphöra vid slutet av en premieperiod. Om det inte har avtalats om premieperioden har försäkringsgivaren på motsvarande sätt rätt att säga upp försäkringen att upphöra vid slutet av kalenderåret. Försäkringen kan dock inte sägas upp av den anledningen att den försäkrades hälsotillstånd har försämrats efter att försäkringen tecknades eller av den anledningen att ett försäkringsfall har inträffat.

Uppsägningsmeddelandet skall sändas till försäkringstagaren senast en månad före premieperiodens utgång eller, om denna inte har avtalats, senast en månad före kalenderårets utgång.

I 18-20 §§ findes regler om forsikringsselskabets mulighed for at ændre vilkårene for forsikringsaftalen.

17.3. Udvalgets overvejelser

Som det fremgår af kapitel 17.1. ovenfor, reguleres forsikringstagerens og forsikringsselskabets mulighed for at opsige en forsikring som udgangspunkt af den enkelte forsikringsaftale. Forsikringsaftaleloven indeholder alene enkelte regler, der i visse tilfælde giver forsikringsselskabet mulighed for at opsige en forsikring, selv om forsikringsbetingelserne ikke indeholder adgang hertil. Forsikringsaftaleloven regulerer derimod ikke generelt, hvilke opsigelsesmuligheder der kan fastsættes i forsikringsaftalen. Dette må i stedet afgøres efter almindelige aftaleretlige regler, herunder aftalelovens § 36 og § 38 c om urimelige kontraktvilkår mv.

Ved vurderingen af spørgsmålet om opsigelse af forsikringsaftalen må der i første række skelnes mellem forsikringstagerens og forsikringsselskabets opsigelsesadgang.

Som det fremgår af kapitel 17.1. ovenfor, indgås de fleste forsikringer i hvert fald på forbrugerområdet for et år ad gangen, således at forsikringen fornys, medmindre forsikringen forinden opsiges af en parterne. Forsikringstageren vil i disse tilfælde frit kunne opsige forsikringen til forsikringstidens udløb. I dag indeholder forsikringsbetingelserne derimod normalt ikke en almindelig adgang for forsikringstageren til at opsige forsikringen i forsikringstiden. Forsikringstageren vil i forsikringstiden alene kunne opsige forsikringen i henhold til særlige opsigelsesvilkår i forsikringsbetingelserne, f.eks. i forbindelse med anmeldelse af en skade. Udvalget er dog bekendt med, at i hvert fald ét forsikringsselskab i dag giver forsikringstageren en almindelig adgang til i forsikringstiden at opsige forsikringen med et varsel på 14 dage.

Der har i de senere år været rejst spørgsmål om, hvorvidt det fortsat er rimeligt og hensigtsmæssigt, at forsikringstageren ikke har en almindelig adgang til i forsikringstiden at opsige forsikringen og f.eks. skifte til en billigere forsikring eller til en forsikring med en bedre dækning til den samme pris.

Spørgsmålet er bl.a. behandlet i Ivan Sørensens Udredning om bedre forbrugerbeskyttelse ved private forsikringer i Danmark.[20] Ivan Sørensen anfører bl.a., at en udvidet opsigelsesret må antages at ville styrke konkurrencen, men bemærker dog samtidig, at han ikke har tilstrækkeligt grundlag for at vurdere, i hvilket omfang kunderne rent faktisk vil gøre brug af en udvidet opsigelsesret. Han henviser i den forbindelse til en undersøgelse, der viser, at kundernes loyalitet over for deres forsikringsselskab er ganske stor. Ivan Sørensen anbefaler i sin udredning, at forbrugerombudsmanden undersøger mulighederne og vilkårene for en udvidelse af forbrugerens adgang til at opsige forsikringen i forsikringstiden og tager kontakt til forsikringsbranchen herom.

Endvidere har Konkurrencestyrelsen peget på, at de lange opsigelsesvarsler som følge af reglerne om opsigelse til forsikringens hovedforfaldsdag hæmmer mobiliteten på forsikringsmarkedet. Konkurrencestyrelsen har oplyst, at knap 10 pct. af kunderne årligt skifter forsikringsselskab, hvilket efter Konkurrencestyrelsens opfattelse er et lavt tal, når der tages hensyn til, at der er en naturlig anledning til at tegne nye forsikringer, når der sker i ændringer i ens tilværelse, f.eks. når man skifter bolig, bliver gift, får børn, køber bil eller skifter job. Konkurrencestyrelsen finder, at kortere opsigelsesfrister for forsikringstageren vil medvirke til en større mobilitet på forsikringsmarkedet. Forsikringstagerens adgang til at opsige forsikringen bør ikke være knyttet til en hovedforfaldsdag, og opsigelsesvarslerne bør ikke overstige f.eks. 1 måned.[21]

På udvalgets møde med forbrugerombudsmanden gav denne ligeledes udtryk for, at der stadig er for få forsikringstagere, der skifter forsikringsselskab, og at dette bl.a. vil kunne ændres ved at indføre en almindelig adgang for forsikringstageren til at opsige forsikringen i forsikringstiden.

Udvalget har på denne baggrund overvejet, om der i forsikringsaftaleloven bør indsættes regler, der eventuelt alene for forbrugerforsikringer giver forsikringstageren en almindelig adgang til at opsige forsikringen i forsikringstiden, således at forsikringstageren generelt får mulighed for at skifte til en anden forsikring med et væsentligt kortere varsel, end det i praksis vil være tilfældet i dag.

Udvalget er opmærksom på, at konkurrencemæssige hensyn som påpeget af bl.a. Konkurrencestyrelsen og forbrugerombudsmanden kan tale for, at der med henblik på at

fremme kundernes mobilitet mellem forsikringsselskaberne og dermed øge konkurrencen på forsikringsmarkedet indføres ufravigelige lovregler, der sikrer en almindelig adgang for forsikringstageren til at opsige forsikringen i forsikringstiden.

Udvalget finder imidlertid bl.a. som følge af sin sammensætning ikke at burde tage stilling til, i hvilket omfang der alene ud fra rent konkurrencemæssige hensyn bør indføres en almindelig adgang for forsikringstageren til at opsige forsikringen i forsikringstiden.

Ud fra en rent forsikringsaftaleretlig synsvinkel kan der efter udvalgets opfattelse bl.a. anføres følgende om at indføre bindende lovregler om fri opsigelsesadgang:

De nuværende et-årige forsikringer giver selskabet mulighed for at fordele sæsonudsving (f. eks. antallet af skader forvoldt på og af motorkøretøjer) på hele årets præmie. I de tilfælde, hvor der i dag kan ske opsigelse før forsikringstidens ophør (f.eks. i forbindelse med en skade), vil der i praksis normalt ske regulering af præmien, uden at der tages højde for sådanne sæsonafvigelser. Indføres der en generel adgang for forsikringstageren til at opsige forsikringen i forsikringstiden, må det overvejes nærmere, i hvilket omfang disse sæsonudsving skal indgå i præmiereguleringen i forbindelse med en opsigelse.

En generel opsigelsesadgang for forsikringstageren vil endvidere være forbundet med visse administrationsudgifter mv. for forsikringsselskaberne bl.a. til regulering af præmien mv. i forbindelse med en opsigelse før forsikringstidens ophør.

Efter udvalgets opfattelse bør omkostningerne ved en generel opsigelsesadgang i forsikringstiden i givet fald som udgangspunkt bæres af de forsikringstagere, der ønsker at benytte sig af denne mulighed. Det gælder både selskabets administrationsomkostninger mv. og den forholdsmæssigt højere præmie, der eventuelt skal betales, hvis forsikringen opsiges, så den kun dækker en periode på året, hvor risikoen for skader er størst. Indførelsen af eventuelle lovregler om en almindelig opsigelsesadgang for forsikringstageren i forsikringstiden bør således forudsætte nærmere overvejelser herom.

Ved en eventuel indførelse af en almindelig opsigelsesadgang for forsikringstageren bør det endvidere overvejes, om opsigelse først skal kunne ske, når der er gået en vis tid fra forsikringens tegning, således at selskabet har mulighed for at få dækket nogle af sine startomkostninger ved tegning af en ny forsikring mv.

Efter det for udvalget oplyste synes der ikke umiddelbart at være et større praktisk ønske blandt forsikringstagerne for en almindelig adgang til at opsige forsikringen i forsikringstiden. Forbrugerrådets repræsentant i udvalget har således oplyst, at Forbrugerrådet alene modtager et begrænset antal henvendelser herom. Endvidere modtager forsikringsselskaberne efter det oplyste alene et ringe antal henvendelser fra forsikringstagere, der ønsker at opsige forsikringen

i forsikringstiden, uden at et af de særlige opsigelsesvilkår (f.eks. opsigelse i forbindelse med en skade) kan anvendes. Det kan dog naturligvis ikke udelukkes, at den tilsyneladende manglende efterspørgsel i praksis efter en almindelig opsigelsesadgang , kan hænge sammen med, at det for forsikringstagerne kan være vanskeligt generelt at efterspørge en mulighed, som hidtil kun har eksisteret i meget begrænset omfang.

Forsikring & Pensions repræsentanter i udvalget har i øvrigt oplyst, at en række forsikringsselskaber for tiden overvejer at indføre forsikringsprodukter, hvor forsikringstageren har mulighed for med et vist kortere varsel at opsige forsikringen i forsikringstiden. Flere større forsikringsselskaber forventes således at ville tilbyde sådanne forsikringer inden for ca. et år.

På denne baggrund finder udvalget, at der ikke ud fra en rent forsikringsaftaleretlig vurdering er behov for at indføre lovregler, der giver forsikringstageren en almindelig adgang til at opsige forsikringen i forsikringstiden. Som nævnt ovenfor har udvalget imidlertid ikke hermed taget stilling til, i hvilket omfang rent konkurrencemæssige hensyn i sig selv begrunder, at der bør indføres regler herom.

Det er under udvalgets drøftelser blevet anført, at hvis der ikke indføres lovregler, vil forsikringstagerens mulighed for at kunne opsige forsikringen i forsikringstiden i stedet kunne komme til at indgå som et stærkt element i konkurrencen mellem de forskellige forsikringsselskaber, såfremt forsikringstagerne i praksis vil efterspørge denne mulighed, jf. de ovenfor nævnte overvejelser blandt selskaberne om at tilbyde kortere opsigelsesfrister. Det er heroverfor blevet anført, at det bl.a. i lyset af, at det hidtil kun i meget begrænset omfang har været muligt at vælge forsikringer med fri opsigelsesadgang endnu er usikkert, i hvilket omfang forsikringsselskaberne fremover vil give kunderne denne mulighed.

Udvalget har endvidere overvejet, om der bør ske en nærmere lovregulering af selskabets muligheder for at opsige forsikringen.

Forsikring & Pensions repræsentanter i udvalget har oplyst, at forsikringsselskaberne i praksis anvender forsikringsbetingelsernes opsigelsesadgang således, at forsikringen kun opsiges i forsikringstiden, hvis der foreligger væsentlige grunde hertil, f.eks. en ændret risikovurdering eller at tillidsforholdet mellem selskabet og forsikringstageren er brudt.

Spørgsmålet om forsikringsselskabets adgang til at opsige en forsikring må ses i sammenhæng med spørgsmålet om, i hvilket omfang selskabet har pligt til at tegne en forsikring (kontraheringspligt).

Som det fremgår af kapitel 16.3. ovenfor, finder udvalgets *flertal* (alle medlemmer, bortset fra Jørgen Rønnow Bruun, Sonny Kristoffersen, Ivan Sørensen Per Tretow-Loof og Erik Werlauff,

jf. dog ovenfor i kapitel 4 om Finanstilsynets generelle tilkendegivelse) ikke grundlag for at foreslå regler om kontraheringspligt for forsikringsselskabet. Flertallet finder således ikke grundlag for at foreslå almindelige regler, der begrænser selskabets mulighed for at fastlægge sin egen forretningspolitik, risikovurdering mv. Dette må efter flertallets opfattelse også gælde i relation til opsigelse af allerede indgåede forsikringsaftaler.

Efter de oplysninger, der foreligger for udvalget, er det efter flertallets opfattelse ikke et praktisk problem, at forsikringsselskabet på grundlag af forsikringsbetingelsernes regler herom opsiger en forsikring, uden at dette er begrundet i selskabets almindelige forretningspolitik, risikovurdering eller andre særlige forhold.

Flertallet har overvejet indførelsen af regler, der udtrykkeligt fastslår, at selskabet kun kan opsige en forsikring, hvis dette er begrundet i en ændret risikovurdering, forsikringstagerens eller sikredes misligholdelse af forpligtelserne over for selskabet eller andre særlige forhold.

Efter flertallets opfattelse vil en sådan regel imidlertid være uden reel praktisk betydning, medmindre der samtidig sker en begrænsning i selskabets mulighed for at fastlægge sin egen forretningspolitik, risikovurdering mv. Som det fremgår af kapitel 16.3. nedenfor, finder hverken flertallet eller mindretallet imidlertid grundlag for foreslå regler herom.

Flertallet finder det væsentligt, at der så vidt muligt er åbenhed og gennemsigtighed omkring mulighederne bl.a. for at opretholde en allerede tegnet forsikring. Flertallet foreslår derfor, at forsikringsselskabet får pligt til efter anmodning at begrunde en opsigelse af en forsikring. Der henvises til kapitel 16.3. ovenfor.

Mindretallet (Jørgen Rønnow Bruun, Sonny Kristoffersen, Ivan Sørensen Per Tretow-Loof og Erik Werlauff) foreslår, at der indføres en regel, der pålægger selskabet at give en saglig begrundelse for opsigelsen af en forsikring. Der henvises til kapitel 16.3. ovenfor.

Der henvises til kapitel 23 nedenfor, der indeholder flertallets lovudkast med bemærkninger og mindretallets lovudkast (lovudkastets § 1, nr. 3).

---

1. Henstillingen er gengivet i UfR 1982.176 H.

2. Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 94 f.

3. Preben Lyngsø: Dansk Forsikringsret, side 149, og ASR 2787 (UfR 1989.311).

4. Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 95.

5. Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 96.

6. Refereret i Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 96.

7. Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 96.

8. Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 97, og Preben Lyngsø: Dansk Forsikringsret, side 150.

9. Se f.eks. responsum fra Assurandør-Societetet (nu Forsikring & Pension) gengivet i UfR 1998.407 H.

10. Erstattes pr. 20. januar 2003 af bekendtgørelse nr. 585 af 9. juli 2002 om ansvarsforsikring for motorkøretøjer mv. § 1. Se nærmere Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 98, og AKF 48.599 (FED 1999.1788).

11. Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 99, og Preben Lyngsø: Dansk Forsikringsret, side 153 ff.

12. Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 99, og Preben Lyngsø: Dansk Forsikringsret, side 156 f.

13. Norsk Karnov note 30 ad § 3-2.

14. NOU 1987:24, side 63.

15. Norsk Karnov note 31 ad § 3-3.

16. Norsk Karnov note 37 ad § 3-6.

17. Svensk Karnov note 37 ad 15 §.

18. Svensk Karnov note 43 ad 18 §.

19. Svensk Karnov note 48 ad 20 §.

20. Side 62 ff.

21. God konkurrenceskik på forsikringsområdet, side 14 f. Se også Konkurrenceredegørelsen 2002, side 86 ff.

Kapitel 18. Forsikringsselskabets informationspligt

18.1. Gældende ret

18.1.1. Forsikringsaftaleloven

Forsikringsaftaleloven indeholder alene enkelte regler, der pålægger forsikringsselskabet en informationspligt over for forsikringstageren eller den sikrede. Der er i alle tilfælde tale om, at selskabet pålægges en pligt til at reagere, hvis det vil påberåbe sig bestemte forhold, dvs. reklamations- eller varslingsregler.

Hvis forsikringsselskabet vil påberåbe sig, at forsikringstageren har afgivet urigtige oplysninger ved forsikringens tegning, jf. §§ 5-7, skal selskabet efter § 8 give forsikringstageren meddelelse herom uden unødigt ophold, efter at det har fået kundskab om oplysningens urigtighed.

Efter § 30, stk. 1, skal forsikringsselskabet med mindst 6 måneders varsel give meddelelse til den sikrede, hvis det vil påberåbe sig en aftalt forældelsesfrist, der er kortere end den, der fremgår af § 29.

§ 31 indeholder en regel om, at forsikringsselskabet skal give meddelelse til forsikringstageren for at kunne påberåbe sig en aftale om, at forsikringsaftalen ved manglende opsigelse forlænges for længere tid end et år.

Hvis forsikringsselskabet vil påberåbe sig, at en fareforøgelse er indtrådt, skal det efter § 48 give meddelelse til forsikringstageren herom uden unødigt ophold, efter at det har fået kendskab til fareforøgelsen.

I UfR 2001.352 H fastslog Højesteret for så vidt angår reglen i forsikringsaftalelovens § 24, stk. 1, 2. pkt., om acontoerstatning, at forsikringsselskabet i hvert fald efter modtagelsen af et brev, hvori sikrede bad om at få oplyst, hvordan han skulle i forholde sig i sagen, skulle have vejledt den pågældende om retten til at kræve acontoerstatning.

18.1.2. Lov om forsikringsvirksomhed

Efter lov om forsikringsvirksomhed § 256, stk. 1, skal forsikringsselskabet, inden der indgås en aftale om skadesforsikring, give visse oplysninger til forsikringstageren.

§ 256. Inden en skadesforsikringsaftale indgås, skal forsikringsselskabet, såfremt forsikringstageren er en fysisk person, oplyse om følgende:

1. Hvilket lands lovgivning der skal gælde for aftalen, hvis parterne ikke kan vælge frit, eller, når parterne frit kan vælge lovgivning, hvilket lands lovgivning forsikringsselskabet foreslår.
2. Bestemmelser vedrørende behandling af klager fra forsikringstagere vedrørende aftalen, herunder om der findes en klageinstans.

Stk. 2. ...

I medfør af § 256, stk. 2, er udstedt bekendtgørelse nr. 399 af 20. maj 1994 om information til forsikringstageren i tilfælde, hvor en skadesforsikringsaftale tilbydes i henhold til reglerne om fri etableringsret og fri udveksling af tjenesteydelser. Bekendtgørelsen indeholder bl.a. regler om, at der skal gives oplysninger om forsikringsselskabets hjemsted, adresse mv.

Efter § 6 i bekendtgørelse nr. 962 af 12. december 1995 om livsforsikringsselskabers syge- og ulykkesforsikringsvirksomhed skal forsikringsselskabet ved indgåelse af skadesforsikringsaftaler ud over oplysningerne efter § 256 i lov om forsikringsvirksomhed tydeligt informere forsikringstagen om forskellen i tilsynsreglerne mellem livsforsikringer og syge- og ulykkesforsikringer.

Efter § 256 a, stk. 1, skal forsikringsselskabet ved en livsforsikring give visse oplysninger, inden forsikringsaftalen indgås og under hele aftalens løbetid.

§ 256 a. Inden en livsforsikringsaftale indgås, og under hele forsikringsaftalens løbetid skal forsikringsselskabet forelægge forsikringstageren sådanne oplysninger om forsikringsselskabet og om forsikringsaftalen, herunder om klagebehandling og klageinstans, at forsikringstageren gives tilstrækkelige oplysninger til forståelse af de væsentligste elementer i forsikringen.

Stk. 2. ...

I medfør af § 256 a, stk. 2, er udstedt bekendtgørelse nr. 609 af 14. juli 1995 om information fra forsikringsselskabet til forsikringstager ved indgåelse af en livsforsikringsaftale. Bekendtgørelsen indeholder en nærmere specifikation af de oplysninger, der skal gives til forsikringstageren.

Lovens §§ 256 og 256 a samt bekendtgørelserne gennemfører dele af henholdsvis 3. skadesforsikringsdirektiv og 3. livsforsikringsdirektiv.

18.1.3. Lov om visse forbrugeraftaler

Efter § 13 b, stk. 1, i lov om visse forbrugeraftaler skal forsikringsselskabet ved tegning af forbrugerforsikringer give forbrugeren tydelig skriftlig oplysning om fortrydelsesretten efter loven. Sker dette ikke, er aftalen ikke bindende for forbrugeren, jf. § 13 b, stk. 2.

Efter § 8 i bekendtgørelse nr. 599 af 12. juli 1993 vedrørende oplysning om fortrydelsesret i henhold til lov om visse forbrugeraftaler skal oplysning om fortrydelsesretten gives ved at anvende en bestemt tekst, som fremgår af bekendtgørelsens bilag 7.

18.1.4. Lov om finansiel virksomhed og markedsføringsloven

Efter lov om finansiel virksomhed § 3, stk. 1, skal finansielle virksomheder, herunder forsikringsselskaber, drives i overensstemmelse med redelig forretningsskik og god praksis inden for det pågældende virksomhedsområde. Bestemmelsen afløser bl.a. § 7 i lov om forsikringsvirksomhed om redelig forsikringsskik og god forsikringspraksis, uden at der er tiltænkt en ændring af retstilstanden med hensyn til kravene til forsikringsselskabernes virksomhed.[1]

Efter § 3, stk. 2, kan økonomi- og erhvervsministeren fastsætte regler og retningslinjer om redelig forretningsskik og god praksis. Det fremgår af forarbejderne, at der f.eks. kan være tale om retningslinjer om generel kundeinformation.[2]

I forbindelse med markedsføring af forsikringer er forsikringsselskaber bl.a. underlagt kravet i markedsføringslovens § 1, hvorefter der ikke må foretages handlinger, som strider imod god markedsføringsskik. Markedsføringslovens § 1 gælder dog ikke, i det omfang økonomi- og erhvervsministeren i medfør af lov om finansiel virksomhed har udstedt regler om god skik på forsikringsområdet.

Det vil efter omstændighederne kunne følge af reglerne om redelig forretningsskik og god praksis samt om god markedsføringsskik, at forsikringsselskabet skal give bestemte

oplysninger til sine kunder. Retningslinjer fra økonomi- og erhvervsministeren og fra forbrugerombudsmanden samt medlemshenstillinger fra Forsikring & Pension vil kunne bidrage til nærmere at fastlægge indholdet af denne informationspligt, jf. nedenfor i kapitel 18.1.5.-18.1.6.

18.1.5. Retningslinjer fra økonomi- og erhvervsministeren, forbrugerombudsmanden og Finanstilsynet

Efter lov om finansiel virksomhed § 3 kan økonomi- og erhvervsministeren udstede nærmere regler om redelig forretningsskik og god praksis på det finansielle område.

Forbrugerombudsmanden kan udstede generelle retningslinjer om god markedsføringsskik mv., der også omfatter det finansielle område, men kan med virkning fra den 1. juli 2002[3] ikke længere udstede retningslinjer alene rettet mod det finansielle område, jf. markedsføringslovens § 17, stk. 5. I det omfang økonomi- og erhvervsministeren har udstedt regler i medfør af lov om finansiel virksomhed § 3, finder bl.a. markedsføringslovens § 1 om god markedsføringsskik ikke længere anvendelse, jf. markedsføringslovens § 1, stk. 2.

Forbrugerombudsmanden har tidligere i medfør af markedsføringslovens § 17 udstedt forskellige retningslinjer for det private forsikringsområde,[4] som fortsat vil være gældende, indtil økonomi- og erhvervsministeren fastsætter regler for det pågældende område.[5]

Efter *retningslinjer af 1. februar 1999 om omfanget af forsikringsselskabernes orientering til forsikringstager i forbindelse med autoskade* skal forsikringsselskabet i tilfælde, hvor der anmeldes en skade på autoforsikring, der har konsekvenser for præmien, mindst informere forsikringstageren om skadesudgifterne, skadens virkninger på de fremtidige præmier frem til laveste præmietrin (elitestatus), eventuel selvrisikos størrelse samt de forudsætninger, som oplysningerne om fremtidige præmier og eventuel selvrisiko hviler på. Selskabet skal endvidere oplyse om forbehold for kommende prisreguleringer af præmien.

Retningslinjer af 20. februar 1990 for afgivelse af bonusprognoser og prognoser for pensionsopsparing i livsforsikringsselskaber og pengeinstitutter har til formål at tilstræbe sammenlignelighed mellem pengeinstitutternes prognoser for pensionsopsparing, henholdsvis livsforsikringsselskabernes bonusprognoser. Retningslinjerne indeholder især regler om, hvordan der i forbindelse med markedsføring og aftaleindgåelse skal gives oplysninger om prognoser for pensionsordninger. Efter retningslinjerne skal pensionsopsparerne endvidere modtage en årlig opgørelse af opsparingssaldoen, afkast, omkostninger mv.

Retningslinjer af 21. december 1992 for reklamering med priseksempler og med samlerabat

inden for forbrugerskadeforsikring indeholder regler om, hvilke oplysninger der skal gives i forbindelse med prisoplysninger på forskellige forsikringstyper.

Finanstilsynet har udarbejdet *vejledende retningslinjer af 12. januar 1990 for accept ved ændring af forbrugerforsikring*. Retningslinjerne indeholder regler om, hvordan forsikringsselskabet kan foretage henholdsvis væsentlige og ikke-væsentlige ændringer i dækningsomfanget samt præmieændringer, herunder i hvilket omfang forsikringsselskabet kan anvende passiv accept , dvs. hvor forsikringstageren ikke udtrykkeligt skal acceptere ændringerne, men anses for at have accepteret ændringerne, hvis forsikringspræmien fortsat betales. Retningslinjerne indeholder bl.a. regler om, hvilke oplysninger forsikringsselskabet skal give i forbindelse med ændring i dækningsomfanget og af præmien.

18.1.6. Branchehenstillinger

Forsikring & Pension har som led i sin forbrugerpolitiske handlingsplan for forsikrings- og pensionserhvervet bl.a. udarbejdet henstillinger om god forsikringsskik ved rådgivning og om pligt til at give begrundelse og klagevejledning i forbindelse med skadebehandling.

Henstillingen om god forsikringsskik for rådgivning indeholder 8 punkter, der bl.a. indebærer en informationspligt for forsikringsselskabet ved forsikringens tegning mv.:

- Når selskabet ikke straks accepterer en forsikringsbegæring, kan det være indiceret at vejlede kunden om den periodes usikkerhed, dette vil medføre.

- Hvis en kunde ikke blot ønsker at tegne et bestemt forsikringsprodukt, men synes at have et mere bredt behov for forsikringer på en række områder, kan det konkret være indiceret at foretage en nærmere undersøgelse heraf.

- Med henblik på at få fastlagt det konkrete forsikringsbehov bør kunden rådgives om eventuelle alternative forsikringsmuligheder.

- Alle forsikringsaftaler bør normalt indgås eller bekræftes skriftligt, og således at der i den forbindelse angives væsentlige forudsætninger og konklusioner i en eventuel individuel rådgivning, der ligger til grund for aftalen .

- Der skal vejledes om fortrydelsesret, og forsikringsselskaberne skal være opmærksomme på, at fortrydelsesretten kan indebære, at en del af rådgivningen forskydes til fortrydelsesperioden.

- Ved omtegning af en forsikring fra ét selskab til et andet vil det andet selskab i

overensstemmelse med praksis hos Ankenævnet for Forsikring[6] ofte skulle rådgive om, i hvilket omfang der er indtrådt huller i forsikringsdækningen.

- Specielt ved tegning af livsforsikring og ulykkesforsikring bør kunden klart gøres opmærksom på de konsekvenser, der kan være forbundet med at afgive urigtige helbredsoplysninger.

- Der kan efter omstændighederne oprettes rutiner i forsikringsselskaberne, hvorved kunden mindst én gang om året modtager en individuel oversigt over sine forsikringer samt gøres opmærksom på, at der kan være opstået behov for at ajourføre eller ændre forsikringerne.

Henstillingen om begrundelse og klagevejledning i forbindelse med skadebehandling indebærer, at forsikringsselskabet bør begrunde et helt eller delvist afslag på forsikringsudbetaling. Begrundelsen bør indeholde en henvisning til de relevante vilkår i forsikringsbetingelserne og en kortfattet beskrivelse af grunden til selskabets beslutning. Ved afslutningen af en skadesag, hvor kunden har udtrykt utilfredshed med forsikringsselskabets afgørelse, bør selskabet vejlede om muligheden for at få hjælp hos Forsikringsoplysningen og Ankenævnet for Forsikring.

Det fulde indhold af henstillingerne fremgår af Rådet for Forsikring & Pensions (nu Forsikring & Pension) Information 130/98, der er medtaget som bilag 6 til betænkningen.

Rådet for Forsikring & Pensions (nu Forsikring & Pension) Information 47/97 om forsikringsselskabers og pensionskassers brug af helbredsoplysninger, der er medtaget som bilag 4 til betænkningen, indeholder anbefalinger vedrørende forsikringsselskabers indhentelse og anvendelse af helbredsoplysninger.

18.1.7. Ulovbestemt informationspligt

Ved siden af den ovennævnte regulering af forsikringsselskabets informationspligt, jf. kapitel 18.1.1.-18.1.6., kan der gælde en informationspligt for et forsikringsselskab på grundlag af almindelige aftaleretlige principper, uskrevne regler om rådgivningsansvar mv.[7] Denne informationspligt kan dog i en del tilfælde også ses i lyset af kravet om redelig forretningsskik og god praksis, jf. kapitel 18.1.4. ovenfor.

Det er f.eks. antaget, at forsikringsselskabet i forbindelse med tegning af *livsforsikringer mv.* har pligt til at rådgive om kundens forsikringsbehov.[8] Denne pligt antages at øges i takt med omfanget og kompleksiteten af det forsikringsbehov og de produkter, der er på tale, men selskabet skal som minimum informere om, hvorvidt den enkelte forsikring overhovedet har

værdi for forsikringstageren.

Det er vedrørende *skadesforsikringer* antaget, at forsikringsselskabet har pligt til at tilvejebringe en informationsmængde, der sikrer, at forsikringstageren får en ydelse, der svarer til den ydelse, en gennemsnitlig forsikringstager ville have fået.[9] Er det således åbenbart, at forsikringstageren på grund af særlige forhold vil være undtaget fra dækning på væsentlige områder af forsikringens normale omfang, har forsikringsselskabet en forpligtelse til at oplyse og vejlede herom. Det samme gælder, hvis det er åbenbart for selskabet, at forsikringstageren har et særligt dækningsbehov, og dette behov kan afdækkes af selskabet.

Ud fra almindelige *aftaleretlige principper* kan der bl.a. pålægges forsikringsselskabet en informationspligt i den forstand, at et vilkår i forsikringsbetingelserne efter omstændighederne kun vil kunne påberåbes af forsikringsselskabet, hvis vilkåret har været særligt fremhævet i forbindelse med forsikringens tegning og/eller i forsikringsbetingelserne, jf. f.eks. UfR 2000.1152 H, hvor Højesteret efter en konkret vurdering af forsikringsbetingelserne fandt, at et vilkår om voldgiftsbehandling var særligt fremhævet og derfor måtte anses for vedtaget mellem parterne.

Der antages endvidere at gælde et almindelig aftaleretligt loyalitetskrav, som indebærer, at aftaleparterne både i forbindelse med aftaleindgåelsen, og efter at aftalen er indgået har en vis pligt til at tage rimeligt hensyn til hinandens interesser, herunder ved loyalt at oplyse om forhold af betydning for den anden aftalepart.[10]

Ankenævnet for Forsikring har i flere kendelser taget stilling til omfanget af forsikringsselskabets informationspligt i konkrete situationer, herunder i forbindelse med forsikringens tegning. Se f.eks.:

I AKF 18.324[11] fandt Ankenævnet, at forsikringsselskabet burde have informeret en 75-årig, der tegnede en afbestillingsforsikring, om et vilkår i forsikringsbetingelserne, hvorefter personer over 75 år ikke kunne få erstatning for afbestillingsgebyrer. Forsikringstageren havde derfor krav på dækning.

I AKF 28.136 afviste forsikringsselskabet at dække hårde hvidevarer, der blev stjålet under et indbrud, idet huset havde stået ubeboet. Forsikringstageren havde købt huset på tvangsauktion og meddelt forsikringsselskabet, at huset straks ville blive sat til salg. Ankenævnet fandt, at selskabet burde have orienteret om muligheden for en udvidet dækning, og forsikringstageren blev stillet, som om en sådan udvidet dækning var tegnet.

I AKF 47.795 (FED 1999.1322) fastslog Ankenævnet, at det klart bør fremgå af det materiale, der udleveres til låntageren, hvis en kollektiv ulykkesforsikring, der tegnes i forbindelse med

optagelse af banklån, ikke dækker erhvervsevnetab, men mén. Da dette ikke var tilfældet i den konkrete sag, var det låntagerens erhvervsevnetab og ikke méngraden der var afgørende for forsikringens dækning.

Ankenævnet har i AKF 40.939 (FED 1998.889) generelt udtalt, at hvis forsikringsselskabet udsteder en police med et andet dækningsomfang end det, der er begæret, skal selskabet i en særskilt meddelelse gøre forsikringstageren opmærksom herpå. Det er ikke tilstrækkeligt, at følgebrevet til policen indeholder en opfordring til, at forsikringstageren gennemgår policen/ forsikringsbetingelserne for at undersøge, om der er overensstemmelse med det begærede, når selskabet ved, at dette ikke er tilfældet.

En lignende afgørelse findes i AKF 42.918 (FED 1998.935), hvor en forsikring ikke kunne tegnes som begæret af kunden. Forsikringsselskabet burde derfor have spurgt kunden, hvordan han ønskede forsikringen tegnet, i stedet for at træffe valget på kundens vegne uden at sikre sig, at han blev gjort bekendt med ændringerne i forhold til, hvad han havde ønsket.

Se i den forbindelse også UfR 1984.867 Ø, hvor forsikringsselskabets medarbejder havde givet oplysninger til en erhvervsdrivende, der kunne misforstås således, at en erhvervs- og produktansvarsforsikring både omfattede engros- og detailsalg. Det fremgik imidlertid af policens forside og af forsikringsbetingelserne i øvrigt, at den kun omfattede detailsalg, og forsikringen kunne derfor ikke trods medarbejderens oplysninger anses for udvidet til også at dække engrossalg.

Ankenævnet har endvidere fastslået, at forsikringsselskabet også i forsikringstiden kan have en informationspligt, herunder hvis det vil påberåbe sig vilkår i forsikringsbetingelserne.

I AKF 43.182 (FED 1998.963) havde en medarbejder i forsikringsselskabet på forespørgsel oplyst om omfanget af bagageforsikring i en allerede tegnet familieforsikring. Medarbejderen undlod imidlertid at oplyse om en beløbsgrænse i forsikringsbetingelserne. Ankenævnet fandt, at det måtte have stået medarbejderen klart, at forespørgslen blev fremsat af en kunde, der stod over for en ferierejse, og det var derfor en fejl, at medarbejderen ikke oplyste om beløbsbegrænsningen. Uanset at grænsen fremgik af forsikringsbetingelserne, skulle forsikringsselskabet herefter yde erstatning uden hensyntagen til beløbsbegrænsningen, da kunden ikke efter samtalen med selskabets medarbejder havde haft anledning til selv at undersøge forsikringsbetingelserne.

I AKF 32.802 (FED 1994.291) fandt Ankenævnet, at forsikringsselskabet i forbindelse med regulering af en livsforsikring skulle have orienteret forsikringstageren om, at et bonustillæg, der var afhængigt af selskabets fremtidige overskud, var bortfaldet, således at forsikringstageren kunne have medtaget dette forhold i sine overvejelser om forsikringsydelsens størrelse.

Som eksempler på, at Ankenævnet har afvist at pålægge forsikringsselskabet en informationspligt, kan nævnes:

I AKF 28.827[12] fandt Ankenævnet, at forsikringsselskabet ikke havde haft pligt til at informere om en tillægsdækning til en ulykkesforsikring, der ikke konkret var behov for, da forsikringen blev tegnet.

I AKF 33.873 (FED 1994.794) afviste Ankenævnet, at forsikringsselskabet havde begået en fejl ved ikke at oplyse kunden om, at nogle indekskontrakter var bortfaldet i forbindelse med kundens tidligere overgang til tjenestemandsansættelse. Ankenævnet henviste til, at værdien af indekskontrakterne med kundens tiltrædelse var anvendt til at forbedre pensionsancienniteten som tjenestemandsansat med den virkning, at der ikke længere blev betalt nogen præmie.

I AKF 36.620 (FED 1996.317) fandt Ankenævnet, at det ikke var nødvendigt at oplyse om adgangen til at begære en sag forelagt Arbejdsskadestyrelsen, da forsikringstageren under hele sagen havde været repræsenteret af en advokat.

Ankenævnet antog i AKF 38.641 (FED 1996.1724), at forsikringsselskabet ikke var forpligtet til særskilt at oplyse om et lovpligtigt brandbidrag, som selskabet var pålagt at opkræve, idet dette gebyr ikke er en del af forsikringspræmien eller et accessorium hertil.

I AKF 40.548 (FED 1997.1484) antog Ankenævnet, at forsikringsselskabet ikke havde pligt til at oplyse om omkostningsfradrag ved en livsforsikring. Fradragene var i overensstemmelse med Finanstilsynets regler herom.

18.1.8. Forsikringsformidling

Med hensyn til formidling af forsikringer indeholder lov om forsikringsformidling visse regler om formidlerens informationspligt over for forsikringstageren.

Efter loven kræver det tilladelse fra Finanstilsynet at drive virksomhed som forsikringsmægler. En forsikringsmægler repræsenterer alene forsikringstageren og skal over for denne afdække behovet for forsikring samt forelægge og præsentere den bedst mulige forsikringsløsning for den pågældende, jf. § 13, stk. 1. Forsikringsmægleren skal endvidere opfylde den informationspligt, som efter §§ 256 og 256 a i lov om forsikringsvirksomhed påhviler forsikringsselskabet, jf. § 13, stk. 2. Hertil kommer, at forsikringsmægleren skal oplyse om provision mv., som er knyttet til de forsikringstilbud, som forelægges kunden, jf. § 13, stk. 3.

Loven indeholder i § 31 særlige regler om forsikringsformidling, som ikke foretages af

uafhængige forsikringsmæglere. Det gælder bl.a. tilfælde, hvor formidleren har en aftale med et eller flere bestemte forsikringsselskaber, som indebærer, at der kun må indhentes tilbud i disse selskaber. Reglen omfatter f.eks. ansatte assurandører og ansatte i pengeinstitutter, som sælger forsikringer for et forsikringsselskab, der tilhører samme koncern som pengeinstituttet, samt særlige branchebestemte salgskanaler (autoforhandlere, rejsebureauer osv.).

Efter § 31, stk. 4, skal formidleren, inden forsikringsaftalen indgås, give kunden skriftlig information om aftalens primære indhold, herunder oplysning om forsikringens dækningsomfang og løbetid, betingelser for opsigelse af forsikringen og regler om klagemuligheder mv. Der skal endvidere gives oplysninger om eventuel provision mv. som følge af forsikringsformidlingen, jf. § 31, stk. 4. I bekendtgørelse nr. 961 af 2. november 2001 er der fastsat nærmere regler om forsikringsformidleres informationspligt.

I EU arbejdes der for tiden med et forslag til direktiv om forsikringsformidling, som bl.a. indeholder regler om forsikringsformidlerens informationspligt om sit forhold til et eller flere forsikringsselskaber samt krav til den rådgivning, som forsikringsformidleren skal give kunden.

18.2. Reglerne i de andre nordiske lande

18.2.1. Norge

Den norske forsikringsaftalelov indeholder både regler om forsikringsselskabets generelle informationspligt og om selskabets informationspligt i særlige tilfælde.

De generelle informationsregler findes i kapitel 2 (skadesforsikringer) og kapitel 11 (personforsikringer).

Kapittel 2. Selskapets informasjonsplikt

§ 2-1. *(informasjon i forbindelse med tegningen)*

I forbindelse med tegningen av en forsikring skal selskapet i nødvendig utstrekning legge forholdene til rette for at forsikringstakeren kan vurdere forsikringstilbudet. Herunder skal det gi opplysninger om det er vesentlige begrensninger i dekningen i forhold til det forsikringstakeren med rimelighet kan vente er dekket under vedkommende forsikring, om alternative dekningsformer og om tilleggsdekninger som det markedsfører.

Hvis partene ikke kan velge hvilket lands lovgivning som skal gjelde for avtalen, skal selskapet dessuten opplyse om hvilken lovgivning som skal gjelde Hvis partene kan velge lovgivning, skal selskapet opplyse hvilken lovgivning det foreslår skal gjelde.

Selskapet skal også opplyse om reglene for å bringe tvister om forsikringsavtalen inn for en klagenemnd, jf. § 20-1.

§ 2-2. *(forsikringsbevis)*

Så snart avtalen er inngått og det er bestemt hvilke vilkår som skal gjelde for forsikringen, skal selskapet gi forsikringstakeren et skriftlig forsikringsbevis som fastslår at avtale er inngått, og som henviser til vilkårene. Sammen med beviset skal selskapet gi forsikringstakeren disse vilkårene.

I forsikringsbeviset skal selskapet fremheve:

(a) om det har forbeholdt seg at ansvaret først skal begynne å løpe når første premie er betalt, jf § 3-1 første ledd,
(b) hvilke forbehold det har tatt om begrensning av ansvaret i forbindelse med endring av risikoen, jf §§ 4-6 og 4-7,
(c) hvilke sikkerhetsforskrifter det har fastsatt. Selskapet kan henvise til sikkerhetsforskrift gitt av andre hvis det er rimelig å kreve at forsikringstakeren kjenner til innholdet. I forsikringsbeviset skal det opplyses at selskapet på forespørsel vil gi forsikringstakeren et eksemplar av den forskriften det er henvist til,
(d) frist for å gi melding om forsikringstilfellet, jf § 8-5 første ledd,
(e) retten til å kreve nemndbehandling etter § 20-1, eller andre liknende ordninger som er etablert for å løse tvister.

Har selskapet forsømt sin plikt til å gi informasjon i samsvar med annet ledd bokstavene a til d, kan det bare påberope seg vedkommende bestemmelse dersom forsikringstakeren eller sikrede likevel var kjent med vilkåret.

§ 2-3. *(informasjon ved fornyelse af forsikringen)*

Ved fornyelse av forsikringen skal selskapet orientere om alternative forsikringsformer eller nye tilleggsdekninger som det har innført etter at forsikringen ble tegnet eller senest ble fornyet.

Er det fastsatt særlige bruksbegrensninger eller er det fastsatt sikkerhetsforskrifter eller andre særvilkår, skal selskapet også minne om dem.

§ 2-4. *(tilsynsmyndighetens kontroll)*

Kongen bestemmer hvem som skal føre tilsyn med at informasjonsplikten etter del A blir

oppfylt. Tilsynsmyndigheten kan gi nærmere regler om informasjonsplikten.
...

Kapittel 11. Selskapets informasjonsplikt.

§ 11-1. *(informasjon i forbindelse med tegningen)*

I forbindelse med tegningen av en forsikring skal selskapet så vidt mulig sørge for at forsikringstakeren får råd om dekningen av foreliggende forsikringsbehov.

Selskapet skal gi forsikringstakeren opplysninger om viktige sider ved de forskjellige typer forsikring som kan dekke forsikringsbehovet. Blant annet skal selskapet gi opplysninger om forsikringsavtalens løpetid, vilkår, premiesatser, garanterte tillegg og utbetaling av dette samt om gjenkjøpsverdi. Selskapet skal også gi opplysninger om det er vesentlige begrensninger i dekningen i forhold til det forsikringstakeren med rimelighet kan vente er dekket under vedkommende forsikring.

Hvis partene ikke kan velge hvilket lands lovgivning som skal gjelde for avtalen, skal selskapet dessuten opplyse om hvilket lands lovgivning som skal gjelde. Hvis partene kan velge lovgivning, skal selskapet opplyse hvilken lovgivning det foreslår skal gjelde.

Selskapet skal også opplyse om reglene for å bringe tvister om forsikringsavtalen inn for en klagenemnd, jf § 20-1.

§ 11-2. *(forsikringsbevis)*

Så snart avtalen er inngått, skal selskapet gi forsikringstakeren et skriftlig forsikringsbevis som fastslår at avtale er inngått og henviser til vilkårene Sammen med beviset skal selskapet gi forsikringstakeren de vilkår som skal gjelde for avtalen.

I forsikringsbeviset skal selskapet fremheve:

(a) om det har forbeholdt seg at ansvaret først skal begynne å løpe når første premie er betalt, jf § 12-2 første ledd,
(b) hvilke forbehold det har tatt om begrensning av ansvaret på grunn av den forsikredes helsetilstand eller i forbindelse med endring af risikoen, jf §§ 13-5 til 13-7, og hvilke sikkerhetsforskrifter som skal gjelde, jf § 13-9,
(c) frist for å gi melding om forsikringstilfellet, jf § 18-5 første ledd,
(d) retten til å kreve nemndbehandling etter § 20-1, eller andre liknende ordninger som er etablert for å løse tvister.

Dersom det i forbindelse med tegningen er oppnevnt begunstiget, skal forsikringsbeviset opplyse om hvem som er oppnevnt.

Har selskapet forsømt sin plikt til å gi informasjon i samsvar med annet ledd bokstavene a til c, kan det bare påberope seg vedkommende bestemmelse dersom forsikringstakeren likevel var kjent med vilkåret.

§ 11-3. *(informasjon i forsikringstiden)*

I forsikringstiden skal selskapet på forsvarlig måte holde forsikringstakeren orientert om de sider av forsikringsavtalen som det er viktig for forsikringstakeren å kjenne til, herunder premiebetaling, forsikringssum og garanterte tillegg og utbetaling av dette, gjenkjøpsverdi samt disposisjoner over forsikringen. Er det fastsatt særlige ansvarsbegrensninger som nevnt i § 13-6, eller sikkerhetsforskrifter, jf § 13-9, skal selskapet også minne om dem. Selskapet skal også orientere om alternative forsikringsformer eller nye tilleggsdekninger det har innført etter at forsikringen ble tegnet eller senest ble fornyet.

Gjelder forsikringen for ett år eller mindre, skal informasjon etter første ledd gis ved fornyelse av forsikringen.

§ 11-4. *(tilsynsmyndighetens kontroll)*

Kongen bestemmer hvem som skal føre tilsyn med at informasjonsplikten etter loven del B bliver oppfylt. Tilsynsmyndigheten kan gi nærmere regler om informasjonsplikten, blant annet om hvilke opplysninger som skal gis skriftlig, og hvilket språk opplysningene skal gis på.

Forsikringsselskabet har en generel informationspligt ved forsikringsaftalens indgåelse. Ved personforsikringer har selskabet ligefrem en generel rådgivningspligt, som pålægger selskabet videregående pligter i forhold til tegning af skadesforsikringer. Forsikringstageren har efter forsikringsaftalens indgåelse endvidere krav på et forsikringsbevis, som fastslår, at aftalen er indgået, ligesom forsikringstageren skal have udleveret forsikringsbetingelserne.

Efter § 2-2, stk. 2, og § 11-2, stk. 3, er forsikringsselskabet i et vist omfang afskåret fra at påberåbe sig forsikringsvilkår, som ikke er fremhævet i forsikringsbeviset. Loven indeholder derimod ikke regler om en (potentiel) forsikringstagers rettigheder, hvis selskabet har tilsidesat sin generelle oplysningspligt i forbindelse med forsikringsaftalens indgåelse efter § 2-1 og § 11-1. Selskabet vil imidlertid i sådanne tilfælde kunne pådrage sig et ansvar efter almindelige erstatningsregler.[13]

Efter § 2-3 og § 11-3 har selskabet endvidere en generel informationspligt i forsikringstiden,

herunder navnlig ved fornyelse af forsikringen, hvor forsikringstageren bl.a. skal orienteres om nye forsikringsformer og skal mindes om sikkerhedsforskrifter og andre særvilkår.

Forsikringsaftaleloven indeholder herudover særlige regler om oplysningspligten ved kollektive forsikringer mv. (§§ 9-3 og 19-3). Der henvises om kollektive forsikringer til kapitel 21 nedenfor.

Forsikringsaftaleloven indeholder endvidere en række regler om den information mv., som forsikringsselskabet skal give i bestemte situationer. Det drejer sig f.eks. om begrundelse og vejledning om klageadgang ved opsigelse (§§ 3-3 og 12-4), varsel om manglende fornyelse samt ændring af vilkår ved fornyelse (§§ 3-6 og 12-7), begrundelse ved opsigelse på grund af urigtige oplysninger (§§ 4-3 og 13-3), varsel om, at forsikringsselskabet vil påberåbe sig ansvarsbegrænsninger eller ret til at opsige forsikringen (§§ 4-14 og 13-13 samt §§ 8-1 og 18-1), varsel ved forsinket præmiebetaling (§§ 5-2 og 14-2) og meddelelse om, at forsikringsselskabet vil påberåbe sig forældelse (§§ 8-6 og 18-6).

Loven indeholder desuden en række regler om særlige informationspligter ved personforsikringer, f.eks. om muligheden for midlertidig dækning ved livsforsikring (§ 12-9) og påmindelse om vilkår om, at forsikringstageren skal oplyse om jobskifte mv. (§ 13-7). Det kan endelig nævnes, at forsikringsselskabet efter § 7-6 skal underrette sikrede, hvis en skadelidt retter et krav mod sikredes ansvarsforsikringsselskab, ligesom selskabet skal holde den sikrede underrettet om den videre behandling af kravet.

18.2.2. Sverige

Den svenske forsikringsaftalelov indeholder ikke generelle regler om forsikringsselskabets informationspligt. Loven indeholder enkelte regler om forsikringsselskabets informationspligt i bestemte situationer. Det drejer sig f.eks. om meddelelse om, at selskabet vil påberåbe sig urigtige oplysninger ved forsikringens tegning (8 §), varsel om, at selskabet vil påberåbe sig en aftalt kortere forældelsesfrist (30 §, stk. 1), meddelelse om, at selskabet vil påberåbe sig et vilkår om, at forsikringsaftalen forlænges for en længere periode end et år (31 §), og varsel om, at selskabet vil påberåbe sig, at en fareforøgelse er indtrådt (48 §).

Konsumentförsäkringslagen indeholder i 5-8 §§ regler om forsikringsselskabers generelle informationspligt.

5 § Innan en försäkring tecknas skall försäkringsbolaget lämna den information om sina premier och andra försäkringsvillkor som konsumenten behöver för att kunna bedöma kostnaden för och omfattningen av försäkringen. Informationen skall utformas så att den underlättar valet av försäkringsform.

Information behöver inte lämnas om konsumenten förklarar att han avstår från den eller om det möter särskilt hinder.

6 § Sedan försäkringen har tecknats skall försäkringsbolaget, om det inte har skett tidigare, snarast i skriftlig form lämna försäkringstagaren tydlig information om sådana försäkringsvillkor som innebär viktigare begränsning av försäkringens omfattning i förhållande till vad konsumenter i allmänhet har anledning att räkna med.

Om försäkringsbolaget enligt 17 § andra stycket eller 19 § första stycket begär ändring av försäkringsvillkoren i avtalet, skall bolaget samtidigt skriftligen ange skälen för detta och lämna uppgift om de nya villkoren.

Om försäkringstagaren begär det är försäkringsbolaget under försäkringstiden också i övrigt skyldigt att lämna information om premien och andra villkor som rör försäkringen.

7 § I samband med att en skada regleras skall försäkringsbolaget, om det inte med hänsyn till omständigheterna är obehövligt, upplysa den som begär försäkringsersättning om vilka möjligheter som finns att få en tvist om ersättningen prövad. Finns det risk för att rätten till försäkringsersättning skall gå förlorad på grund av preskription, skall bolaget också erinra om detta. Informationen skall lämnas skriftligen.

8 § I fråga om underlåtenhet att lämna information enligt 5-7 §§ skall tillämpas vad som föreskrivs i marknadsföringslagen (1995:450) om underlåtenhet att lämna information vid marknadsföring.

Ett åläggande att lämna information enligt 5 § eller 6 § tredje stycket får innehålla att informationen skall lämnas i skriftlig form.

Det seneste udkast til en ny svensk forsikringsaftalelov indeholder i 2 kap. (skadesforsikringer) og 11 kap. (personforsikringer) generelle regler om informationspligt, der i vidt omfang svarer til de gældende regler i konsumentförsäkringslagen. Tilsidesættelse af de gældende regler i konsumentförsäkringslagen kan alene sanktioneres efter markedsføringsloven (f.eks. ved påbud om, at de pågældende oplysninger skal gives), mens tilsidesættelse af informationspligten efter lovudkastet også kan have civilretlige konsekvenser, jf. 2 kap. 7 § (og 11 kap. 8 §). Udkastet pålægger forsikringsselskabet en informationspligt både i forbindelse med forsikringsaftalens indgåelse og under forsikringstiden, herunder ved fornyelse af forsikringsaftalen.

2 kap. Information

Information innan en skadeförsäkring meddelas m.m.

1 § Försäkringsbolaget är skyldigt att lämna information enligt bestämmelserna i detta kapitel. Information enligt 2 §, 3 § första och andra styckena samt 4 och 5 §§ till annan än en konsument behöver dock ges endast om den av särskild anledning kan antas vara behövlig. Informationen skall i den mån det är möjligt lämnas skriftligen eller annars i sådan form att mottagaren har varaktig tillgång till den.

2 § Innan en försäkring meddelas skall försäkringsbolaget lämna en information som är utformad så att den underlättar valet av försäkring. Bolaget skall ge den information om försäkringsvillkoren som en kund behöver för att bedöma kostnaderna för och omfattningen av försäkringen.

Information skall alltid ges om adressen till bolagets huvudkontor eller, när en agentur eller filial har meddelat försäkringen, till agenturen eller filialen samt, om försäkringstagaren är en fysisk person, angående vilket lands lag som skall gälla för försäkringen och hur klagomål från försäkringstagarens sida i anledning av försäkringsavtalet skall behandlas.

Information enligt första stycket behöver inte lämnas i den mån kunden avstår från den eller det möter hinder med hänsyn till förhållandena då försäkringsavtalet ingås.

3 § Omedelbart efter avtalsslutet skall bolaget tillställa försäkringstagaren försäkringsvillkoren.

I samband härmed skall särskilt framhållas

1. villkor som utgör en särskilt viktig avgränsning av försäkringsskyddet,
2. förbehåll enligt 3 kap. 2 § andra stycket om att bolagets ansvar inte inträder förrän premien betalas,
3. villkor enligt 4 kap. 3 § om skyldighet att anmäla ändring av risken,
4. särskilt viktiga säkerhetsföreskrifter, och
5. villkor om preskription av rätt till försäkringsersättningen enligt försäkringsavtalet.

Information under försäkringstiden och i samband med förnyelse

4 § Under försäkringstiden och i samband med att försäkringen förnyas skall försäkringsbolaget i skälig omfattning informera försäkringstagaren om sådana förhållanden rörande försäkringen som det är av betydelse för honom att känna till. Om bolaget begär ändring av försäkringen, skall bolaget samtidigt tillställa försäkringstagaren den information om ändringarna som han behöver. Härvid skall särskilt framhållas nya villkor och föreskrifter som avses i 3 § andra stycket 1, 3, 4 och 5.

På försäkringstagarens begäran är bolaget skyldigt att också i övrigt lämna information om

premien och andra villkor för försäkringen.

Information om möjligheter till överprövning m.m.

5 § I samband med att ett anspråk på försäkringsersättning regleras skall försäkringsbolaget, om det inte med hänsyn till omständigheterna är obehövligt, upplysa den som berörs av bolagets beslut om vilka möjligheter som finns att få en tvist med bolaget prövad. Detsamma gäller när en försäkring upphör i förtid eller ändras under försäkringstiden, om inte försäkringstagaren har begärt åtgärden. Finns det risk för att rätten till försäkringsersättning skall gå förlorad på grund av preskription, skall bolaget också upplysa om detta.

Underlåtenhet att lämna information m.m.

6 § I fråga om underlåtenhet att lämna information enligt denna lag tillämpas vad som föreskrivs i marknadsföringslagen (1975:1418) om otillbörlig marknadsföring eller underlåtenhet att lämna information vid marknadsföring.

Ett åläggande att lämna information får innehålla att informationen skall lämnas i skriftlig form.

7 § Om inte ett villkor i en konsumentförsäkring har särskilt framhållits för försäkringstagaren enligt 3 § andra stycket eller 4 § första stycket, får villkoret inte åberopas av försäkringsbolaget. Vad som nu har sagts gällar dock inte, om bolaget senast fjorton dagar före försäkringsfallet har avsänt ett särskilt meddelande om villkoret till försäkringstagaren eller den försäkrade på annat sätt då har fått kännedom om detta.

Bestämmelsen i första stycket gäller inte en sådan avgränsning av försäkringsskyddet som framgår av lag.
...

11 kap. Information

Information innan en försäkring meddelas m.m.

1 § Försäkringsbolaget är skyldigt att lämna information enligt bestämmelserna i detta kapitel. Informationen skall i den mån det är möjligt lämnas skriftligen eller annars i sådan form att mottagaren har varaktig tillgång till den.

2 § Innan en personförsäkring meddelas, skall försäkringsbolaget lämna kunden en information som är utformad så att den underlättar hans bedömning av försäkringsbehovet och valet av försäkring. Bolaget skall ge den information om försäkringsskyddets omfattning,

försäkringsvillkoren i övrigt och andra förhållanden som kunden behöver för at kunna bedöma kostnaden för och förmånerna av försäkringen. Avgränsningar av försäkringsskyddet skall tydligt framgå. I fråga om tidsbegränsad försäkring skall särskild information lämnas om försäkringstagarens möjligheter att vid försäkringstidens slut förnya försäkringsförhållandet.

Informationen skall ange vilket lands lag som skall gälla för försäkringen og hur klagomål från försäkringstagarens sida angående försäkringsavtalet skall behandlas.

Information behöver inte lämnas i den mån kunden avstär från den eller det möter särskilt hinder.

Försäkringsbrev m.m.

3 § Snarast efter det att en personförsäkring meddelats skall bolaget tillställa försäkringstagaren ett försäkringsbrev och försäkringsvillkoren. Har bolaget förbehållit sig att försäkringen skall kunna upphöra i förtid eller ändras under försäkringstiden, skall detta tydligt framgå av försäkringsbrevet. Detsamma gäller viktiga avgränsningar av försäkringsskyddet och de huvudsakliga principerna för beräkningen av försäkringens värde, om den upphör i förtid.

I fråga om uppgörelsen med försäkringstagaren i sådana fall som anges i 12 kap. 3 och 7 §§ [om ændring til fripolice og retten til forsikringsværdien forsikringens ophør] får försäkringsbolaget i villkoren hänvisa till sina allmänna riktlinjer för verksamheten, om villkoren anger de huvudsakliga grunderna för beräkningen av försäkringens värde. I 12 kap. 11 § finns regler om information rörande återbäring.

Information under försäkringstiden och i samband med förnyelse

4 § Årligen under försäkringstiden samt i samband med att försäkringen förnyas och sedan försäkringsfall har inträffat skall försäkringsbolaget i skälig omfattning informera försäkringstagaren om sådana förhållanden rörande försäkringen som det är av betydelse för honom att känna till. Informationsskyldigheten med anledning av försäkringsfall gäller även mot annan som har anspråk mot bolaget.

Om bolaget ändrar försäkringen, skall bolaget samtidigt med premiekravet för den period då de nya villkoren skall börja gälla tillställa försäkringstagaren den information om ändringarna som han behöver. Nya avgränsningar av försäkringsskyddet skall tydligt framgå.

Får bolaget kännedom om ett dödsfall som utgör försäkringsfall, skall bolaget genast underrätta dödsboet om detta.

Om försäkringstagaren har förenat ett förmånstagarförordnande med villkor om at försäkringsbeloppet eller försäkringen skall vara mottagarens enskilda egendom, skall försäkringsbolaget skriftligen underrätta förmånstagaren om det när ett försäkringsbelopp första gången betalas ut.

Information om möjligheter till överprövning m.m.

5 § I samband med att ett anspråk på försäkringsersättning regleras skall försäkringsbolaget, om det inte med hänsyn till omständigheterna är obehövligt, upplysa den som berörs av bolagets beslut om vilka möjligheter som finns att få en tvist med bolaget prövad. Detsamme gäller när en personförsäkring upphör i förtid eller ändras, om inte försäkringstagaren själv har begärt åtgärden. Finns det risk för att rätten till försäkringsersättning skall gå förlorad på grund av preskription, skall bolaget också upplysa om detta. Informationen skall lämnas skriftligen.

Särskild information vid livsförsäkring

6 § Innan försäkringsbolaget meddelar en livförsäkring eller en sjuk- eller olycksfallsförsäkring som utgör tillägg till en livförsäkring, skall försäkringstagaren på ett tydligt sätt få skriftlig information om följande förhållanden på svenska eller, om försäkringstagaren har hemvist i annat land, på det officiella språket i det landet:

1. Försäkringsbolagets namn och bolagsform,
2. den stat där bolagets huvudkontor är beläget och, i förekommande fall, den stat där den agentur eller filial som meddelar försäkringen är belägen,
3. adressen till bolagets huvudkontor och, i förekommande fall, till den agentur eller filial som meddelar försäkringen,
4. de förmåner och optioner som följer av försäkringen,
5. försäkringstidens längd,
6. grunder och sätt för uppsägning av försäkringsavtalet,
7. betalningstider och betalningssätt för premien,
8. beräkning och tilldelning av återbäring,
9. beräkning av återköpsvärden och fribrevsvärden samt den omfattning vari dessa värden garanteras,
10. i skälig omfattning den premie som belöper på varje särskild förmån enligt försäkringsavtalet,
11. för försäkring med anknytning till värdepappersfonder: de fondandelar vartill förmånerna är knutna,
12. för försäkring med anknytning till värdepappersfonder: arten av de tillgångar som motsvarar försäkringstagarens tillgodohavande,
13. innebörden av försäkringstagarens rätt att uppsäga försäkringsavtalet enligt 12 kap. 7 § andra stycket, och

14. huvuddragen av de skatteregler som gäller för försäkringstypen.

Under försäkringstiden skall försäkringstagaren skriftligen få information om alla sådana förändringar i villkoren eller i tillämplig lagstiftning som avser förhållanden angivna i första stycket 1-12 och i 2 § andra stycket, samt årlig information om tilldelad återbäring.

Vad som sägs i första og andra styckena gäller även sådan sjuk- eller olycksfallsförsäkring som avses i 2 kap. 3 b § första stycket klass 4 försäkringsrörelselagen (1982:713).

Underlåtenhet att lämna information m.m.

7 § I fråga om underlåtenhet attlämna information enligt denna lag skall tillämpas vad som föreskrivs i marknadsföringslagen (1975:1418) om underlåtenhet att lämna information vid marknadsföring.

Ett åläggande att lämna information får innehålla att informationen skall lämnas i skriftlig form.

8 § Om försäkringsbolaget har underlåtit att lämna information på det sätt som framgär av 3, 4 och 6 §§ om en viktig avgränsning av skyddet enligt försäkringsavtalet, får avgränsningen inte åberopas av bolaget. Vad som nu sagts gäller dock inte om bolaget senast fjorton dagar före försäkringsfallet har avsänt ett särskilt meddelande om avgränsningen till försäkringstagaren eller denne på annat sätt då har fått kännedom om avgränsningen.

Vad som sägs i första stycket gäller inte avgränsning som framgår av lag.

Lovudkastet indeholder herudover særlige regler om informationspligten ved kollektive forsikringer mv. (9 kap. 4-5 §§, 10 kap. 4-5 §§, 18 kap. 4-5 §§ og 19 kap. 4-5 §§). Der henvises om kollektive forsikringer til kapitel 21 nedenfor.

Lovudkastet indeholder endvidere regler om forsikringsselskabets informationspligt mv. i bestemte situationer. Det gælder f.eks. påmindelse om vilkår om, at forsikringstageren skal oplyse om ændrede risikooplysninger (4 kap. 3 §), meddelelse om, at forsikringsselskabet vil påberåbe sig ansvarsbegrænsninger (4 kap. 10 § og 13 kap. 11 §), oplysninger ved for sen betaling af præmien (5 kap. 2-4 §§ og 14 kap. 2-4 §§), meddelelse til den sikrede om, at en skadelidt har rettet et krav mod sikredes ansvarsforsikringsselskab (7 kap. 7 §), oplysninger ved afvisning af at tegne eller forny en forsikring samt ved opsigelse af en forsikring (8 kap. 6-7 §§ og 17 kap. §§ 7-8), påmindelse om ophør af tidsbegrænset livsforsikring (12 kap. 8 §), oplysning om mulighederne for fortsat forsikring efter genkøb eller opsigelse (12 kap. 10 § og 13 kap. 3 §) og påmindelse om vilkår om, at forsikringstageren skal oplyse om jobskifte, flytning mv. (13 kap. 7 §).

18.2.3. Finland

Den finske forsikringsaftalelov indeholder i 2 kap. generelle regler om forsikringsselskabets informationspligt ved forsikringsaftalens indgåelse og under forsikringstiden.

2 kap. Information om försäkringen

5 § *(Information innan avtal ingås)*

Försäkringsgivaren skall innan ett försäkringsavtal ingås ge försäkringssökanden den information som behövs för bedömning av försäkringsbehovet och för valet av försäkring, såsom information om försäkringsformerna, premierna og försäkringsvillkoren. Når informationen ges skall uppmärksamhet även fästas vid väsentliga begränsninger i försäkringsskyddet.

Information behöver inte ges, om sökanden inte önskar sådan eller om det medför oskäligt besvär.

Genom förordning kan vid behov stadgas närmare om vilken information försäkringsgivaren skall ge försäkringssökanden innan avtal ingås.

6 § *(Överlämnande av vissa handlingar)*

Efter att försäkringsavtalet ingåtts skall försäkringsgivaren utan obefogat dröjsmål till försäkringstagaren överlämna en skriftlig handling som upptar avtalets viktigaste innehåll (försäkringsbrev), samt försäkringsvillkoren.

Om försäkringsgivaren enligt försäkringsvillkoren har rätt att under försäkringens avtalade giltighetstid (försäkringsperiod) ändra premien eller andra avtalsvillkor för en personförsäkring, skall en anteckning om detta tas in i försäkringsbrevet.

7 § *(Information under försäkringens giltighetstid)*

Försäkringsgivaren skall årligen informera försäkringstagaren om försäkringsbeloppet och om andra sådana omständigheter beträffande försäkringen som är av uppenbar betydelse för försäkringstagaren. Efter ett försäkringsfall har försäkringsgivaren informationsplikt gentemot den som har rätt att kräva betalning av försäkringsgivaren.

Genom förordning kan vid behov närmare stadgas om vilken information försäkringsgivaren skall ge försäkringstagaren under försäkringens giltighetstid.

8 § *(Information om rättsmedel)*

Av beslut med anledning av en ersättningsansökan och av andra beslut som gäller försäkring skall, såvida det inte med hänsyn till förhållandena är uppenbart onödigt, framgå om och på vilket sätt ärendet kan hänskjutas till domstol, konsumentklagonämnden eller något annat motsvarande organ.

9 § *(Ansvar för bristfällig eller oriktig information)*

Om försäkringsgivaren eller dennes representant vid marknadsföringen av en försäkring har underlåtit att ge försäkringstagaren behövlig information om försäkringen eller har gett honom felaktiga eller vilseledande uppgifter, anses försäkringsavtalet vara i kraft med det innehåll som försäkringstagaren hade skäll att sluta sig till utgående från den information han fått.

Vad som stadgas i 1 mom. gäller på motsvarande sätt i det fall att om försäkringen under dess giltighetstid har getts bristfällig, felaktig eller vilseledande information som kan anses ha inverkat på försäkringstagarens förfarande. Detta gäller dock inte information som försäkringsgivaren eller dennes representant efter ett försäkringsfall har gett om en förestående ersättning.

Loven indeholder i 9 § en særlig regel om konsekvenserne af, at selskabet har tilsidesat sin informationspligt, herunder har givet fejlagtige eller vildledende informationer. I givet fald anses forsikringsaftalen for at være indgået med det indhold, som forsikringstageren kunne slutte sig til ud fra de oplysninger, han eller hun har fået.

Forsikringsaftaleloven indeholder endvidere en række bestemmelser om forsikringsselskabets informationspligt mv. i bestemte situationer. Det drejer sig f.eks. om meddelelse om ændring af forsikringsvilkårene, herunder præmien (18-20 §§), påmindelse om, at en livsforsikring ophører (21 §), meddelelse om, at forsikringsselskabet vil påberåbe sig urigtige oplysninger fra forsikringstageren (25 § og 35 §), påmindelse om vilkår om, at forsikringstageren skal oplyse om ændringer i risikooplysninger (§§ 26-27), oplysninger ved for sen betaling af præmie (39-40 §§) og meddelelse til den sikrede om, at en skadelidt har rettet et krav mod sikredes ansvarsforsikringsselskab (67 §).

18.3. Udvalgets overvejelser

Som det fremgår af kapitel 18.1. ovenfor, findes der ikke i dag en samlet regulering af forsikringsselskabets informationspligt mv. hverken i forbindelse med forsikringsaftalens indgåelse eller i forsikringstiden. Forsikringsaftaleloven indeholder kun i begrænset omfang

regler herom, men der findes herudover visse regler om selskabets informationspligt i anden lovgivning samt i forskellige retningslinjer, branchehenstillinger mv. Endvidere bidrager Ankenævnet for Forsikring og domstolene til fastlæggelsen af, hvilken informationspligt der i praksis påhviler forsikringsselskabet.

Udvalget vil indledningsvis pege på, at der med hensyn til spørgsmålet om forsikringsselskabets informationspligt må skelnes mellem en generel informationspligt (f.eks. om, at selskabet ved forsikringsaftalens indgåelse skal give de oplysninger, der er nødvendige for at vurdere forsikringens dækningsomfang) og en specifik informationspligt (f.eks. om, at selskabet skal give en række nærmere angivne oplysninger (en liste)).

Ved siden af regler om generel og/eller specifik informationspligt kan der være varslings- eller reklamationsregler, dvs. regler om, at selskabet skal reagere, hvis det vil påberåbe sig bestemte forhold, f.eks. at der er sket en fareforøgelse, eller at der er afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med forsikringens tegning.

Udvalgets overvejelser her angår i første række den egentlige informationspligt, mens spørgsmålet om varslings- og reklamationsregler i givet fald som udgangspunkt bør overvejes i forbindelse med de forskellige tilfælde, hvor dette kan være relevant.

Spørgsmålet om forsikringsselskabets informationspligt er efter udvalgets opfattelse et væsentligt element i enhver forsikringsaftale både i forbindelse med forsikringsaftalens indgåelse og i forsikringstiden. Det er til fordel både for forsikringstageren og forsikringsselskabet, at der i tilstrækkeligt omfang gives de nødvendige og relevante informationer til forsikringstageren om forsikringsaftalen og dens indhold mv.

Som anført ovenfor findes der ikke i dag en samlet regulering af forsikringsselskabets informationspligt mv., og navnlig for den ikke-forsikringskyndige forsikringstager kan det være ganske vanskeligt og uoverskueligt at finde ud af, hvilke regler, retningslinjer mv. der gælder. Hertil kommer, at en nærmere regulering af forsikringsselskabets informationspligt vil have en vis signalværdi ved at understrege vigtigheden af, at der gives relevante og tilstrækkelige informationer til forsikringstageren.

På denne baggrund er der efter udvalgets opfattelse gode grunde til at udforme nærmere regler om forsikringsselskabets informationspligt. Det kan også nævnes, at både den norske og finske forsikringsaftalelov samt den svenske konsumentförsäkringslag og det seneste udkast til en ny svensk forsikringsaftalelov indeholder en nærmere regulering af forsikringsselskabets informationspligt, herunder regler om selskabets generelle informationspligt over for forsikringstageren.

Udvalget vil dog samtidig pege på, at den enkelte forsikringstager i almindelighed vil have en interesse i alene at modtage informationer, som er relevante for netop ham eller hende i den konkrete situation. Hvis forsikringstageren i stedet modtager en lang række mere eller mindre standardiserede oplysninger, er der risiko for, at den pågældende drukner i informationer og slet ikke sætter sig ind i det modtagne materiale, herunder heller ikke i den del, der rent faktisk er relevant i den konkrete situation.

Det kan i den forbindelse nævnes, at § 7, stk. 1, i lov om visse betalingsmidler indeholder en generelt formuleret informationspligt for udstederen af betalingskort, som har forenklet oplysningspligten i forhold til den tidligere § 13 i lov om betalingskort mv., der indeholdt en opremsning af en række oplysninger, som skulle gives:

§ 7. Udsteder skal i forbindelse med indgåelse af aftalen om adgang til at anvende et betalingsmiddel med brugeren stille informationsmateriale til rådighed for denne. Materialet skal i et let og forståeligt sprog sætte brugeren i stand til at anvende betalingsmidlet på en sikker og hensigtsmæssig måde og oplyse om typiske omkostninger ved anvendelse af betalingsmidlet. Materialet skal særligt gøre opmærksom på de sikkerhedsmæssige krav, som brugeren skal efterleve, samt hvilket ansvar brugeren kan ifalde ved tredjemands misbrug af betalingsmidlet.

Der er i EU netop vedtaget et direktiv om fjernsalg af finansielle tjenesteydelser, som bl.a. indeholder regler om, hvilke informationer der skal gives i forbindelse med, at der indgås en aftale om finansielle tjenesteydelser, herunder forsikringsydelser.[14]

Direktivet gælder for aftaler, der indgås ved brug af en eller flere former for fjernkommunikation, dvs. uden at tjenesteyderen og forbrugeren er fysisk til stede samtidig, f. eks. ved brug af telefon, brev, telefax, elektronisk post, internet, radio og fjernsyn.

Tjenesteyderen skal give en række oplysninger om sin virksomhed, herunder om beliggenhed og organisationsform. Tjenesteyderen skal endvidere bl.a. oplyse om tjenesteydelsens samlede pris eller grundlaget for udregning af denne, og forbrugeren skal have oplysninger om leverings- og betalingsvilkår, adgangen til at fortryde aftalen samt betingelserne for og retsvirkningerne af anvendelse af fortrydelsesretten. Hvis der i aftalen er lovvalgs- eller værnetingsklausuler, skal tjenesteyderen desuden oplyse forbrugeren herom.

Tjenesteyderen skal bl.a. også oplyse om kontraktvilkårene og aftalens mindste gyldighedsperiode, hvis der er tale om varige eller regelmæssige finansielle tjenesteydelser, samt om parternes mulighed for at opsige kontrakten og retsvirkningerne heraf. Tjenesteyderen skal endvidere give en beskrivelse af den finansielle tjenesteydelses vigtigste karakteristika samt oplyse, om der er klageadgang, og hvis dette er tilfældet, hvordan forbrugeren kan gøre

brug heraf.

For en lang række forsikringsprodukter er det i dag den praktiske hovedregel, at forsikringsaftalen indgås ved fjernsalg i direktivets forstand, og direktivet indeholder som nævnt en omfattende regulering af tjenesteyderens (dvs. her forsikringsselskabets) informationspligt.

Udvalget finder på denne baggrund, at de nærmere overvejelser om udformningen af regler om forsikringsselskabets informationspligt indtil videre bør afvente arbejdet med at gennemføre direktivet om fjernsalg af finansielle tjenesteydelser i dansk ret.

Det bemærkes, at udvalgets lovudkast indeholder flere regler, der pålægger forsikringsselskabet en særlig informationspligt. Det foreslås således, at selskabet i en opsigelse som følge af manglende præmiebetaling skal oplyse om den særlige genoplivningsregel (forslaget til lovens § 13, stk. 2, jf. lovudkastets § 1, nr. 6), og at selskabet skal vejlede sikrede om retten til at kræve acontoerstatning (forslaget til lovens § 25, jf. lovudkastets § 1, nr. 9). Endvidere foreslår både udvalgets flertal og mindretal en regel, der pålægger selskabet at begrunde afslag på at tegne en forsikring og opsigelse af en forsikring (forslaget til lovens § 3 b, jf. lovudkastets § 1, nr. 3).

---

1. Folketingstidende 2000-01, tillæg A, side 4711 ff.

2. Folketingstidende 2000-01, tillæg A, side 4713.

3. Lov nr. 428 af 6. juni 2002.

4. Se herom bl.a. Ivan Sørensens Udredning om bedre forbrugerbeskyttelse ved private forsikringer i Danmark, side 16 f.

5. Folketingstidende 2001-02 (2. samling), tillæg A, side 4859 f.

6. 186. AKF 41.309.

7. Se om forsikringsselskabers rådgivningsansvar bl.a. betænkning nr. 1362/1998 om rådgiveransvar, side 68 ff.

8. Danskt kollokvium: Parternes informationspligter i forsikringsforhold samt forsikringsselskabernes rådgivningsansvar i NFT 3/1997, side 280 ff. (side 284).

9. Danskt kollokvium: Parternes informationspligter i forsikringsforhold samt forsikringsselskabernes rådgivningsansvar i NFT 3/1997, side 280 ff. (side 287).

10. Se herom bl.a. Mads Bryde Andersen: Grundlæggende aftaleret (1997), side 95 ff., og Lennart Lynge Andersen og Palle Bo Madsen: Aftaler og mellemmænd (4. udgave, 2001), side 454 ff.

11. Denne og den næste afgørelse er begge refereret i NFT 3/1997, side 286.

12. Refereret i NFT 3/1997, side 286.

13. NOU 1983:56, side 52, og NOU 1987:24, side 53.

14. Europa-Parlamentets og Rådets direktiv af 17. juni 2002 om fjernsalg af finansielle tjenesteydelser til forbrugerne og om ændring af direktiv 90/619/EØF, 97/7/EF og 98/27/EF (endnu ikke offentliggjort).

Kapitel 19. Forsikringer og førtidspension

19.1. Gældende ret

19.1.1. De nuværende forsikringsbetingelser

Forsikringsaftaleloven indeholder ikke særlige regler om forsikringsaftaler, hvor forsikringsdækningen i et eller andet omfang er knyttet til det offentliges tilkendelse af førtidspension mv.

Til brug for justitsministerens besvarelse af to spørgsmål fra Folketingets Socialudvalg i foråret 2001 har Forsikring & Pension afgivet en udtalelse om, i hvilket omfang der indgås sådanne forsikringsaftaler. Justitsministerens besvarelse og udtalelsen fra Forsikring & Pension er medtaget som bilag 7 til betænkningen. Som bilag 8 er medtaget økonomiministerens tidligere besvarelse af to spørgsmål om sådanne forsikringer.

Som det fremgår af udtalelsen fra Forsikring & Pension, er det i forsikringsbetingelserne for *syge- og ulykkesforsikringer*, der omfatter erstatning for varigt indtægtstab som følge af en personskade, ofte angivet, at forsikringsselskabet kan gøre det til en betingelse for udbetaling af erstatning eller fortsat udbetaling af erstatning, at forsikrede tilkendes helbredsbetinget offentlig pension.

I *gruppelivsforsikringer*, der er etårige forsikringer, kan forsikringsbetingelserne være udformet på en sådan måde, at forsikrede har krav på udbetaling fra forsikringsselskabet, hvis han eller hun tilkendes førtidspension fra det offentlige.[1]

I *flerårige livsforsikringer*, der omfatter invaliditetsbetingede forsikringsydelser, bygger invaliditetsbegrebet på de samme hovedprincipper som de gældende regler i lov om social pension om tilkendelse af førtidspension. Det vurderes i den enkelte sag, om forsikredes generelle erhvervsevne er nedsat. I nogle pensionsordninger er det dog forsikredes konkrete

erhvervsevne, dvs. erhvervsevnen i et bestemt erhverv, der er udgangspunkt for vurderingen.

I forsikringsbetingelserne for flerårige livsforsikringer, der er tegnet de senere år, er der ingen direkte sammenhæng mellem forsikringsdækningen og tilkendelse af pension fra det offentlige. Der kan imidlertid i forsikringsbetingelserne for ældre forsikringsaftaler findes en sådan sammenkædning, f.eks. således at tilkendelse af mindst mellemste førtidspension giver forsikrede krav på udbetaling fra forsikringsordningen.

Det fremgår af nogle af de gældende livsforsikringer, at forsikringsselskabet kan gøre fortsat udbetaling af invaliditetsbetingede forsikringsydelser betinget af, at forsikrede tilkendes førtidspension fra det offentlige. I andre forsikringsordninger er det omvendt udtrykkeligt angivet, at der ingen sammenhæng er mellem forsikringsselskabets vurdering af erhvervsevnen og en eventuel offentlig vurdering vedrørende førtidspension mv.

I de tilfælde, hvor forsikringsbetingelserne uanset forsikringstype ikke direkte sammenkæder forsikringsdækningen og det offentliges tilkendelse af førtidspension mv., men f.eks. blot giver mulighed for, at forsikringsselskabet kan gøre tilkendelse af førtidspension til en betingelse for udbetaling af erstatning, skal der som udgangspunkt foretages en selvstændig vurdering af, om betingelserne for udbetaling af forsikringsydelsen er opfyldt. Denne vurdering er som udgangspunkt uafhængig af det offentliges vurdering af førtidspensionssagen.[2]

Som det fremgår af Forsikring & Pensions udtalelse, vil der i praksis ofte være sammenfald mellem forsikringsselskabets og det offentliges vurdering af forsikredes erhvervsevne, men for så vidt kan vurderingerne godt være forskellige. I praksis har nogle forsikringsselskaber dog valgt at lægge mindre vægt på den selvstændige vurdering af erhvervsevnen, således at forsikringsdækningen uanset formuleringen af forsikringsbetingelserne i praksis knyttes til det offentliges tilkendelse af førtidspension.

I UfR 1993.660 H var forsikringsbetingelserne formuleret således, at vurderingen af forsikredes tab af erhvervsevne i det væsentlige skulle ske ud fra de samme hensyn, der under en førtidspensionssag skal lægges vægt på ved bedømmelsen af den pågældendes erhvervsevne. På den baggrund fastslog Højesteret, at selv om forsikrede ikke efter forsikringsbetingelserne har krav på forsikringsydelsen, alene fordi han eller hun får tilkendt førtidspension, så skaber tilkendelsen af førtidspension en formodning for, at den forsikrede også har krav på forsikringsydelsen.

Ankenævnet for Forsikring har behandlet flere sager, hvor forsikringsselskabet efter forsikringsbetingelserne kan gøre det til en betingelse for udbetaling af erstatning, at forsikrede får tilkendt førtidspension. Ankenævnet har i den forbindelse udtalt, at det er almindelig praksis, at forsikringsselskaber accepterer de offentlige myndigheders bedømmelse som

grundlag for udbetaling af forsikringsydelse mv. på grundlag af nedsat erhvervsevne [3]

Forsikring & Pension har i øvrigt udtalt, at det ikke er sædvanligt, at midlertidige ydelser, der udbetales på grundlag af oplysninger, der foreligger umiddelbart efter skaden, gøres betinget af tildeling af offentlig pension.[4] Baggrunden herfor er, at det på tidspunktet for denne foreløbige vurdering vil være udelukket for den pågældende at få førtidspension mv., idet dette forudsætter, at der tale om en varig nedsættelse af erhvervsevnen.

19.1.2. Førtidspensionsreformen

Folketinget vedtog i foråret 2001 en førtidspensionsreform, der træder i kraft den 1. januar 2003.[5] Reformen indebærer bl.a., at det hidtidige erhvervsevnekriterium i lov om social pension erstattes af et arbejdsevnekriterium .

Ved det nye begreb arbejdsevne forstås efter lovens forarbejder evnen til at kunne opfylde de krav, der stilles på arbejdsmarkedet for at kunne udføre forskellige konkret specificerede arbejdsopgaver med henblik på at opnå indtægt til selvforsørgelse [6] Arbejdsevnen fastlægges på grundlag af en kombination af social- og arbejdsmarkedsfaglige og lægefaglige vurderinger.

Med førtidspensionsreformen ønsker man at overgå fra at fokusere på, hvad den pågældende ikke kan klare, til at lægge vægt på, hvad den pågældende kan klare, således at der lægges større vægt på at bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet for de personer, der fortsat har en reel erhvervsevne.

Reformen indebærer endvidere, at de nuværende forskellige former for førtidspension afløses af ét ydelsesniveau.

Som det fremgår af udtalelsen fra Forsikring & Pension (bilag 7), har man i forsikringsbranchen overvejet, hvilken betydning førtidspensionsreformen vil få for allerede indgåede forsikringsaftaler og for forsikringsselskabernes fremtidige forsikringsbetingelser.[7]

Dette er f.eks. overvejet i relation til forsikringsbetingelser, hvor forsikringsdækningen er knyttet direkte til tilkendelse af mindst mellemste førtidspension, eller hvor forsikringsselskabet kan gøre det til en betingelse for udbetaling af erstatning, at der tilkendes mindst mellemste førtidspension. Når førtidspensionsreformen træder i kraft, ophæves begrebet mellemste førtidspension .

Med hensyn til etårige forsikringer (gruppelivsforsikringer og mange ulykkesforsikringer) vil forsikringsselskabet kunne varsle eventuelle ændringer af forsikringsbetingelserne som følge af

førtidspensionsreformen, herunder således at udtrykket mellemste førtidspension , i givet fald udgår af forsikringsbetingelserne.

Nyere flerårige livsforsikringer er som nævnt ovenfor i kapitel 19.1.1. udformet på en sådan måde, at tilkendelse af førtidspension ikke er en forudsætning for udbetaling fra forsikringsordningen, men blot i nogle forsikringsordninger kan gøres til en betingelse for udbetaling af forsikringsydelsen.

I de tilfælde, hvor der i forsikringsbetingelserne for flerårige livsforsikringer er en direkte sammenhæng mellem forsikringsdækningen og tilkendelse af førtidspension, må det som udgangspunkt afgøres ved en fortolkning af forsikringsaftalen, om forsikringsselskabet også er forpligtet til at følge fremtidige tilkendelser af førtidspension efter det nye arbejdsevnekriterium, eller om selskabet skal vurdere sagen ud fra et erhvervsevnetabskriterium, der svarer til det oprindeligt aftalte.

Det må bl.a. indgå i denne fortolkning, om formålet med forsikringen er at give den forsikrede en ekstra ydelse, hvis han eller hun tilkendes førtidspension, dvs. en overbygning på førtidspensionsreglerne, eller om der i forsikringen er lagt afgørende vægt på en selvstændig vurdering af forsikredes erhvervsevne, dvs. en vurdering, der er uafhængig af det offentliges vurdering af førtidspensionssagen.

Der henvises i øvrigt til Forsikring & Pensions supplerende udtalelse af 28. september 2001, der er medtaget som bilag 9 til betænkningen.

Det er endnu uafklaret, i hvilket omfang de fremtidige forsikringsbetingelser vil indeholde henvisninger til reglerne om tilkendelse af førtidspension. Det forventes, at forsikringsselskaberne i vidt omfang først vil tage stilling hertil, når det nogen tid efter førtidspensionsreformens ikrafttræden kan vurderes, om der med de nye regler sker væsentlige ændringer af den personkreds, som tilkendes førtidspension.

19.2. Reglerne i de andre nordiske lande

Forsikringsbetingelserne i Norge, Sverige og Finland er med hensyn til spørgsmålet om forholdet til det offentliges tilkendelse af pension mv. stort set udformet på samme måde som i Danmark. Landenes forsikringsaftalelovgivning indeholder ikke særlige regler om forsikringsordninger, hvor forsikringsdækningen er knyttet til det offentliges tilkendelse af pension mv.

19.3. Udvalgets overvejelser

Som det fremgår af kapitel 19.1. ovenfor, findes der i dag forskellige forsikringsordninger, hvor forsikringsdækningen i et eller andet omfang er knyttet til det offentliges tilkendelse af førtidspension mv. Der findes f.eks. ordninger, der er tænkt som en egentlig overbygning på førtidspensionen, hvor der derfor er en direkte sammenhæng mellem forsikringsdækningen og tilkendelse af førtidspension. Der findes omvendt også ordninger, hvor der ingen sammenhæng er mellem forsikringsdækningen og tilkendelse af førtidspension. Herimellem findes en mellemgruppe, hvor det f.eks. kan fremgå af forsikringsbetingelserne, at tilkendelse af førtidspension kan gøres til en betingelse for udbetaling af forsikringsydelsen.

Der kan efter udvalgets opfattelse være gode grunde til at foretage en sådan sammenkædning mellem forsikringsdækningen og tilkendelse af førtidspension. Det kan af praktiske og administrative grunde være hensigtsmæssigt, at forsikringsselskabet følger det offentliges afgørelse i førtidspensionssagen, således at der ikke skal foretages to uafhængige vurderinger af stort set det samme spørgsmål. I en række tilfælde vil det formentlig også kunne være vanskeligt for sikrede at forstå, hvis han eller hun kan få den ene ydelse, men ikke den anden.

Det er imidlertid et generelt problem ved forsikringer, hvor forsikringsdækningen er knyttet til det offentliges tilkendelse af førtidspension mv., at forsikringens dækningsomfang kan ændres, hvis det offentliges praksis med hensyn til tilkendelse af førtidspension eller reglerne herom ændres. En sammenkædning mellem forsikringsdækningen og tilkendelse af førtidspension indebærer endvidere, at forsikringsselskabet, forsikringstageren og sikrede er uden indflydelse på den praksis og de regler, der er afgørende for forsikringens dækningsomfang.

Disse problemer viser sig bl.a. i forbindelse med den kommende førtidspensionsreform og indførelsen af det nye arbejdsevnebegreb, jf. ovenfor i kapitel 19.1.2.

Efter udvalgets opfattelse er der ikke grundlag for nærmere at regulere ved lov, i hvilket omfang der kan indgås forsikringsaftaler, hvor forsikringsdækningen i et eller andet omfang er knyttet til det offentliges tilkendelse af førtidspension mv. Som anført ovenfor kan en sådan sammenkædning være velbegrundet, og det må som udgangspunkt være op til det enkelte forsikringsselskab, om det ønsker at tilbyde en sådan forsikring, og op til den enkelte forsikringstager, om han eller hun ønsker at tegne forsikringen.

Udvalget vil dog pege på, at der i praksis kan være behov for, at forsikringsselskabet i forbindelse med indgåelsen af forsikringsaftalen særskilt informerer forsikringstageren om betydningen af, at forsikringsdækningen i et eller andet omfang er knyttet til det offentliges tilkendelse af førtidspension mv., herunder at forsikringens dækningsomfang vil kunne ændres, hvis det offentlige f.eks. ændrer praksis med hensyn til tilkendelse af førtidspension. En sådan orientering vil navnlig kunne være relevant ved forsikringsordninger, hvor der er en direkte sammenhæng mellem forsikringsdækningen og tilkendelse af førtidspension.

Udvalget finder imidlertid som udgangspunkt ikke, at dette spørgsmål er egnet til en særskilt regulering i forsikringsaftaleloven, men må ses i sammenhæng med overvejelserne om at indføre almindelige regler om informationspligt for forsikringsselskabet, jf. kapitel 18.3. ovenfor. Efter det for udvalget oplyste findes vilkår, hvor der er en direkte sammenhæng mellem forsikringsdækningen og det offentliges tilkendelse af førtidspension, i øvrigt navnlig i kollektive forsikringer, hvis indhold er fastlagt ved forhandling mellem arbejdsmarkedets organisationer, mens individuelt tegnede forsikringer typisk ikke indeholder en sådan direkte sammenkædning.

Udvalget finder endelig ikke, at der er grundlag for at lovgive om forståelsen af vilkår i forsikringsbetingelserne, der knytter forsikringsdækningen til det offentliges tilkendelse af førtidspension mv. Det er efter udvalgets opfattelse mest hensigtsmæssigt, at det nærmere indhold af sådanne vilkår som hidtil i sidste ende fastlægges af domstolene ved en fortolkning af den enkelte forsikringsaftale. En eventuel lovregulering af, hvordan forsikringsbetingelserne for eksisterende forsikringsaftaler skal forstås, ville endvidere ud fra almindelige retssikkerhedsmæssige grundsætninger give anledning til principielle betænkeligheder.[8]

---

1. Spørgsmål om den praktiske administration af sådanne forsikringsbetingelser er behandlet af Ankenævnet for Forsikring i bl.a. AKF 46.734 (FED 1999.1205), AKF 47.615 (FED 1999.1229) og AKF 47.553 (FED 1999.1235).

2. Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 453.

3. Se f.eks. AKF 38.446 (FED 1996.1712) og AKF 48.308 (FED 1999.1822). I begge sager fandt Ankenævnet, at forsikrede, der var tilkendt førtidspension, havde krav på forsikringsydelsen.

4. FED 1999.1160.

5. Lov nr. 285 af 25. april 2001.

6. Folketingstidende 2000-01, tillæg A, side 3133 ff.

7. Spørgsmålet om fortolkningen af allerede indgåede forsikringsaftaler i lyset af førtidspensionsreformen er endvidere behandlet nærmere af Mads Bryde Andersen i NFT 2001.365.

8. Se justitsministerens besvarelse af spørgsmål nr. 23 fra Folketingets Socialudvalg

(betænkningens bilag 7).

Kapitel 20. Ulykkesdefinition

20.1. Gældende ret

Forsikringsaftalelovens kapitel IV indeholder særlige regler om ulykkes- og sygeforsikring.

Begrebet ulykke eller ulykkestilfælde er ikke defineret i forsikringsaftaleloven og heller ikke i lovens forarbejder. Det beror således som udgangspunkt på en fortolkning af den enkelte forsikringsaftale, hvornår der er tale om en ulykke omfattet af forsikringen. I almindelighed vil forsikringsbetingelserne indeholde en nærmere definition af, hvad der skal forstås ved en ulykke.

En ulykke i forsikringsretlig forstand er traditionelt defineret som en tilfældig af den forsikredes vilje uafhængig pludselig udefrakommende indvirkning på legemet, som har en påviselig beskadigelse af dette til følge normalt kaldet den traditionelle ulykkesdefinition . Der findes i dag en omfattende praksis fra domstolene og fra Ankenævnet for Forsikring, der nærmere belyser, hvilke skader der efter denne definition anses for en ulykke. For en række skadestyper har det i praksis voldt problemer at fastlægge, hvornår der er tale om en ulykke, f. eks. løfteskader, skader som følge af indtagelse af fordærvet mad, gift mv., og skader, der er en direkte følge af operative indgreb.[1]

Rådet for Forsikring & Pension (nu Forsikring & Pension) udsendte i december 1999 en henstilling om at indføre en udvidet dækning i form af et supplement til den traditionelle ulykkesdefinition:

Ved beskadigelse af forsikredes arme og ben kræves alene, at skadesårsagen skal være pludselig og med en påviselig beskadigelse af legemet til følge.

Hensigten hermed har været i højere grad at dække skader, som forsikringstageren normalt vil

anse for et ulykkestilfælde, f.eks. vridskader i forbindelse med sportsudøvelse (henstillingen er dog ikke begrænset til sportsskader). Henstillingen retter sig både mod nytegning af forsikringer og mod bestående ulykkesforsikringer.

En del selskaber anvender andre ulykkesdefinitioner end den traditionelle ulykkesdefinition. I flere tilfælde er der tale om definitioner, der omfatter mere end den traditionelle ulykkesdefinition. Den nyeste ulykkesdefinition, som anvendes i hvert fald af to selskaber, er en pludselig hændelse, der forårsager personskade . Denne definition indebærer i modsætning til den traditionelle ulykkesdefinition at f.eks. skader som følge af besvimelse og løfteskader er omfattet af ulykkesforsikringen.

Det kan i øvrigt nævnes, at man på arbejdsskadeområdet hidtil har anvendt det traditionelle forsikringsretlige ulykkesbegreb ved fastlæggelsen af, hvornår der er tale om en arbejdsulykke omfattet af arbejdsskadesikringsloven. Der er for tiden overvejelser om at udvide arbejdsskadebegrebet.[2]

20.2. Reglerne i de andre nordiske lande

Hverken forsikringsaftalelovene i Norge, Sverige og Finland eller det seneste udkast til en ny svensk forsikringsaftalelov indeholder en ulykkesdefinition.

20.3. Udvalgets overvejelser

Som det fremgår af kapitel 20.1. ovenfor, indeholder forsikringsaftaleloven ingen definition af, hvad der i relation til en ulykkesforsikring skal forstås ved en ulykke . Ulykkesdefinitionen kan være forskellig fra forsikringsselskab til forsikringsselskab, men i praksis anvendes dog visse typedefinitioner .

Det er under udvalgets arbejde blevet anført, at det som følge af de forskellige ulykkesdefinitioner kan være vanskeligt for forsikringstageren at sammenligne de forskellige selskabers ulykkesforsikringsprodukter. Det er endvidere anført, at en ulykkesforsikring er en så væsentlig forsikring for den enkelte forsikringstager, at der også af principielle grunde bør indføres en lovbestemt ulykkesdefinition, men dog således, at forsikringsselskabet har mulighed for ved en udtrykkelig bestemmelse i forsikringsbetingelserne at anvende en anden ulykkesdefinition.

Den traditionelle ulykkesdefinition har gennem årene givet anledning til række tvister om den nærmere forståelse af ulykkesbegrebet. Den traditionelle ulykkesdefinition er bl.a. blevet kritiseret for, at den er vanskelig at forstå for forsikringstageren/sikrede, og at anvendelsen af

ulykkesdefinitionen indebærer, at der i flere tilfælde ikke er overensstemmelse mellem det forsikringsretlige ulykkesbegreb, og hvad der i almindelighed forstås ved en ulykke. Den traditionelle ulykkesdefinition omfatter f.eks. som udgangspunkt ikke skader som følge af besvimelsesanfald og ildebefindende. Definitionen omfatter heller ikke en række løfteskader (f. eks. tilfælde, hvor selve løftet for så vidt forløber som forudsat af personen, der imidlertid alligevel får en rygskade) og sportsskader (f.eks. hvis en badmintonspillers achillessene sprænger som følge af et kraftigt afsæt).

Udvalget har på denne baggrund overvejet, om der bør indsættes en ulykkesdefinition i forsikringsaftaleloven, men dog således, at forsikringsselskabet har mulighed for ved en udtrykkelig bestemmelse i forsikringsbetingelserne at anvende en anden ulykkesdefinition.

Forsikringsaftaleloven indeholder som udgangspunkt ikke regler, der fastlægger det nærmere dækningsomfang (forsikringsbegivenheden mv.) for forskellige typer af forsikringer. Indførelse af regler herom for bestemte forsikringsprodukter rejser efter udvalgets opfattelse en række principielle og praktiske spørgsmål. Sådanne regler bør derfor alene indføres, hvis der findes at være et særligt behov herfor. Udvalget vil i den forbindelse bl.a. pege på, at der med sådanne regler vil kunne ske en indskrænkning i forsikringsselskabernes som udgangspunkt frie adgang til som private erhvervsvirksomheder at udforme de forsikringsprodukter, som det enkelte selskab bl.a. i lyset af konkurrencen på forsikringsmarkedet anser for mest hensigtsmæssige.

Særligt med hensyn til reglerne i §§ 79-82 om brandforsikring bemærkes, at disse regler oprindeligt er begrundet i et ønske om at indsnævre brandforsikringernes dækningsområde for at undgå en række krav mod forsikringsselskaberne, der typisk vil vedrøre småskader, hvis behandling påfører selskaberne uforholdsmæssigt store omkostninger.[3]

Som det fremgår af kapitel 20.1. ovenfor, henstillede Forsikring & Pension i 1999, at forsikringsselskaberne indførte et supplement til den traditionelle ulykkesdefinition, som bl.a. indebærer, at en række af de hidtil udækkede (og i praksis hyppige) sportsskader på arme og ben omfattes af ulykkesdefinitionen.

Herudover har der navnlig i de senere år været en udvikling mod mere enkle ulykkesdefinitioner, der samtidig indebærer en udvidelse af ulykkesbegrebet. Den seneste definition fastlægger som nævnt ganske enkelt et ulykkestilfælde som en pludselig hændelse, der forårsager personskade .

Efter det for udvalget oplyste har der endvidere de seneste år været et ikke ubetydeligt fald i antallet af klager til Ankenævnet for Forsikring vedrørende ulykkesforsikringer (fra 524 i 2000 til 439 i 2001, dvs. et fald på 16 pct.),[4] som antagelig bl.a. skyldes de nævnte udvidelser af ulykkesdefinitionerne.

Det er udvalgets opfattelse, at der er en væsentlig risiko for, at en lovbestemt ulykkesdefinition vil kunne hindre en fortsat løbende udvikling og tilpasning af det forsikringsretlige ulykkesbegreb at en lovbestemt definition i praksis fastlåser ulykkesbegrebet, hvilket vil være til skade ikke mindst for forsikringstagerne/de sikrede.

Endvidere vil en ulykkesdefinition i forsikringsaftaleloven, hvor selskabet i forsikringsbetingelserne kan anvende en anden definition, ikke nødvendigvis gøre det lettere for forsikringstagerne at sammenligne de forskellige forsikringsprodukter. Dette vil forudsætte, at hovedparten af forsikringsselskaberne vil anvende den lovbestemte definition. Hvis derimod en række selskaber fortsat vil anvende andre ulykkesdefinitioner, som vil kunne være indbyrdes forskellige, vil der blot blive tale om en række forskelligt formulerede fravigelser af lovens ulykkesdefinition, som det næppe vil være lettere for forsikringstagerne at sammenligne end de forsikringsprodukter, der findes i dag.

Det er på denne baggrund udvalgets opfattelse, at der ikke bør indsættes en ulykkesdefinition i forsikringsaftaleloven. Efter udvalgets opfattelse bør den løbende udvikling og tilpasning af ulykkesdefinitionen således som hidtil overlades til forsikringsmarkedet. Udvalget vil i den forbindelse pege på, at de enkelte forsikringsselskabers ulykkesdefinitioner må antages at ville blive udformet i lyset af de definitioner, der anvendes af andre selskaber på markedet, og som nævnt ovenfor er der allerede hos flere selskaber en udvikling i gang mod mere enkle ulykkesdefinitioner, hvor der samtidig sker en udvidelse af ulykkesbegrebet.

Et *mindretal* (Sonny Kristoffersen og Ivan Sørensen) er enig i, at det ikke vil være hensigtsmæssigt at optage en egentlig ulykkesdefinition i loven. Derimod mener mindretallet, at de uheldige virkninger af viljeskravet i den traditionelle ulykkesdefinition bør forhindres eller i hvert fald begrænses.

Problemet med viljeskravet er, at det er placeret således i definitionen, at en direkte fortolkning af denne uvilkårligt vil føre til, at der ikke vil være tale om et af forsikringen omfattet ulykkestilfælde, hvis den forsikrede blot har haft vilje (forsæt) til indvirkningen på sit legeme, og ikke først hvis der er forsæt til skade, som det ellers er almindeligt, jf. forsikringsaftalelovens § 18, stk. 1. I praksis har dette givet anledning til mange tvister bl.a. om løfteskader, sportsskader, skader som følge af operative indgreb mfl. er omfattet af en forsikring, der indeholder den traditionelle definition af ulykkesbegrebet. En sådan usikkerhed er uacceptabel.

Nedenfor citeres et mindre udvalg af sager fra praksis.

FED 1998.36 Ø: Forsikrede spillede vandpolo og under et forsøg på at gribe bolden ramte denne en finger med skade til følge. Selskabet afviste erstatning under anbringende af, at

indvirkningen på forsikredes legeme ikke var sket uden dennes vilje. Forsikringen indeholdt den traditionelle definition. Et flertal udtaler, at ulykkesdefinitionen må fortolkes i lyset af, hvilke hændelser forsikringstager med rimelighed kan forvente, at forsikringen dækker som ulykkestilfælde . Herefter udtaler disse dommere, at skaden fandtes at ligge udenfor, hvad forsikrede måtte påregne kunne blive en følge af hans forsøg på at gribe bolden. Disse dommere fandt således, at der var tale om et ulykkestilfælde. En dommer udtalte, at forsikrede havde til hensigt at gribe bolden, og at dette ubestridt var den eneste årsag til skaden, hvorfor der ikke var tale om et ulykkestilfælde.

Kendelse nr. 45.727 fra Ankenævnet for Forsikring i FED 1998.1537 om et af forsikrede igangsat årsagsforløb under en håndboldkamp der udviklede sig på en ikke påregnet måde . Med henvisning til den lige cit. dom udtaler nævnet, at tandskaden er omfattet af ulykkesforsikringen.

Københavns Byrets dom af 29. januar 1999 (sag nr. BS G-4434/96): Forsikrede havde pådraget sig tinnitus som følge af, at han ved to lejligheder i maj og juni 1990 affyrede skud med sin jagtriffel for at skyde denne ind før jagtsæsonen. Forsikringsbetingelserne indeholdt den traditionelle definition. Retten fandt ikke, at den indvirkning på forsikredes legeme, som har fremkaldt lidelsen, kunne betegnes som en tilfældig eller uafhængig af den forsikredes vilje. Der var derfor ikke tale om et ulykkestilfælde. Kendelse nr. 54.269 i FED 2001.2037 viser de små nuancer i det faktuelle forløb, der kan være afgørende for dækningen: Under skydning på skydebane taber forsikringstageren høreprop i ca. 60 sek. og pådrager sig en høreskade. Der var tale om et ulykkestilfælde. I en tidligere kendelse nr. 52.864 var der ikke blevet tilkendt erstatning for et høretab, jf. citatet i FED 2001.2037.

UfR 1997.1597 H: Under behandling for et carpaltunnelsyndrom på et hospital hvilken behandling bestod i overskæring af et ledbånd i højre håndled skete der en læsion af den motoriske nervegren til tommelfingerbaldens muskler. Retslægerådet havde bl.a. udtalt, at det skønnedes, at risikoen for en skade som den foreliggende for en erfaren operatør ville være under 1 pct. Forsikringsbetingelserne indeholdt ikke en ansvarsfraskrivelse for skader som følge af hospitalsbehandling, men selskabet afviste erstatning under anbringende af, at der ikke forelå et ulykkestilfælde. Forsikringsbetingelserne indeholdt den traditionelle ulykkesdefinition. Selskabet fandt, at der ikke forelå en af forsikredes vilje uafhængig indvirkning på legemet. Under anerkendelsessøgsmålet mod selskabet fandt et flertal (3 dommere) efter udtalelsen fra Retslægerådet at operationen havde haft et *ganske usædvanligt forløb* (fremhævet her), og at der i forsikredes tilfælde ikke havde været særlig anledning til at tage risikoen for skaden i betragtning. Flertallet fandt således, at der forelå et ulykkestilfælde i forsikringsretlig forstand. Et mindretal (2 dommere) udtalte, at selv om der efter Retslægerådets udtalelse kun er en beskeden risiko for en sådan læsion, kan denne dog efter vor opfattelse ikke betragtes som en så upåregnelig følge af operationen, at skaden kan anses for en følge af en tilfældig, af den forsikredes vilje uafhængig....indvirkning på legemet .

Dissensen kom således til det modsatte resultat.

I Århus byrets dom af 30. august 1994 (sag BS 9301092-7 (7. afd.)) fandtes en skade (korsbånd i knæ revet over) som følge af en tackling under fodboldspil ikke at være et ulykkestilfælde.

Viljeskravet giver også problemer i arbejdsskadeforsikringen, jf. til eks. UfR 2002.1102 Ø: Spørgsmål om arbejdsskade efter lovens § 9, nr. 1. Viljeskravet ansås for opfyldt ved ankelskade under fodboldspil (men dissens).

Den ovenfor nævnte henstilling fra Forsikring & Pension vedrørende en udvidet dækning af skader på arme og ben kan imødegå nogle af disse problemer, såfremt alle selskaber følger henstillingen også i bestående forsikringer, og såfremt selskaberne ikke påberåber sig viljeskravet ved disse skader. Med hensyn til det første anfører Niels Vase i tidsskriftet Forsikring 2001 nr. 12/13 side 23, at Den civilretlige konsekvens af overtrædelse af sådanne henstillinger er ikke klar. Med hensyn til det andet er dette vist nok heller ikke afklaret.

Mindretallet erfarer, at tre selskaber på nuværende tidspunkt har indarbejdet den nye ulykkesdefinition beskrevet ovenfor (en pludselig hændelse der forårsager personskade) i deres forsikringsbetingelser. Dette er et skridt i den rigtige retning. Da det ikke kan forventes, at alle selskaber vil forlade den traditionelle definition, da der er usikkerhed om, i hvilket omfang Forsikring & Penions henstilling vil være bindende for selskaberne, og da den gode udvikling på området bør styrkes, foreslår mindretallet en mindre regulering af viljeskravet.

Det er mindretallets opfattelse, at den traditionelle definition er processkabende, og at der derfor i loven bør optages en regel, der fremover forhindrer anvendelse eller indførelse af viljeskravet på den måde, det praktiseres i dag. Dette vil betyde, at ulykkesforsikringens skader på dette punkt skal bedømmes efter de almindelige regler om forsæt, jf. forsikringsaftalelovens § 18, stk. 1. Hermed bringes den private ulykkesforsikring i overensstemmelse dels med al anden forsikring på privatrettens område, dels med forsikringsaftalelovens § 18, stk. 1. Det bemærkes, at nogle selskaber i en årrække har erstattet den traditionelle definition med følgende definition: Ved et ulykkestilfælde forstås legembeskadigelse, der rammer den forsikrede ufrivilligt gennem en pludselig udefrakommende hændelse. Denne definition minder om den definition, der ofte anvendes i ulykkesforsikringen i Sverige, jf. straks nedenfor. En sådan definition er i overensstemmelse med forsikringsaftalelovens § 18, stk. 1, og vil fortsat være tilladt efter mindretallets forslag.

Forskellen mellem den traditionelle definition og den lige ovenfor citerede definition kan illustreres ved følgende eks.: A har tegnet en ulykkesforsikring i B. Denne forsikring indeholder den traditionelle definition. A har også en ulykkesforsikring i C. Denne forsikring indeholder den lige citerede definition. Under løft af en tung genstand pådrager A sig en rygskade. Såfremt skaden alene skyldes løftet vil A's skade ikke være omfattet af forsikringen

hos B, hvorimod A's skade vil være omfattet af forsikringen i C. Det vil nok være vanskeligt for den almindelige forbruger at forstå, at der ikke ydes erstatning fra begge forsikringer for samme ulykkesskade. Helt uforståeligt bliver det nok, hvis man forsøger at forklare, at det skyldes viljeskravets forskellige placering i de to definitioner.

Til sammenligning kan nævnes, at den ulykkesdefinition, der i almindelighed anvendes i svenske og norske policer, ikke giver anledning til tvister om viljeskravet.

I Sverige anvendes ofte følgende definition: Med olycksfallsskada förstås kroppsskada som drabbar den försäkrede ofrivilligt genom plötslig yttre händelse, varmed liksställs skada på grund af förfrysning, värmeslag eller solsting.

I Norge anvendes ofte følgende definition: Forsikringen omfatter ulykkesskade som rammer den forsikrede. Med ulykkesskade forstås skade på legemet forårsaket ved en plutselig ytre begivenhet ulykkestilfellet uafhengig av den forsikredes vilje. Skade på sinnet alene, f.eks. sjokk, anses ikke som ulykkesskade.

Mindretallet foreslår derfor, at der i forsikringsaftalelovens § 119 indsættes et nyt stk. 2, hvorefter det ikke i aftalen kan bestemmes, at det er en betingelse for dækning, at indvirkningen af forsikredes legeme skal være uafhængig af dennes vilje. Som en konsekvens heraf foreslås desuden i § 2 indsat en definition af begrebet den forsikrede .

Den økonomiske betydning af forslaget må antages at være beskedent for selskaberne, men må antages at være af stor betydning for den enkelte forsikringstager og hans tillid til sin forsikring. Forslaget tager også hensyn til de mindre selskaber, der ikke ønsker eller ikke magter det økonomisk at foretage det noget større indgreb, det vil være at indføre den nye definition (en pludselig hændelse, der forårsager personskade), men gerne vil fortsætte med den traditionelle definition. Hermed skabes der mulighed for, at forbrugerne kan vælge mellem en all-risk forsikring og en traditionel forsikring med en bedre dækning end i dag. Der peges på, at selskaberne fortsat kan fraskrive sig ansvaret for forsætlig skade (det modsatte vil da formentlig også være i strid med lovgivningen). Det er mindretallets opfattelse, at såvel selskaberne som forsikringstagerne vil høste fordel af en sådan ændring, idet forsikringsproduktet vil blive mere gennemskueligt, hvorved en række tvister vil undgås

Der henvises til kapitel 23 nedenfor, der indeholder mindretallets lovudkast med bemærkninger (lovudkastets § 1, nr. 2 og 16).

Som det fremgår af det ovenfor anførte, foreslår et mindretal i udvalget, at der indsættes en bestemmelse i forsikringsaftaleloven, der regulerer udformningen af et enkelt element af den traditionelle ulykkesdefinition (det såkaldte viljeskrav). Mindretallets forslag indebærer, at den

traditionelle ulykkesdefinition ikke vil kunne anvendes i forsikringsbetingelserne i sin nuværende form.

Flertallet (alle medlemmer bortset fra Sonny Kristoffersen og Ivan Sørensen, jf. dog ovenfor i kapitel 4 om Finanstilsynets generelle tilkendegivelse) vil i den forbindelse pege på, at der som nævnt ovenfor alene bør indføres særlige lovregler vedrørende den nærmere udformning af bestemte forsikringstyper, hvis der foreligger et særligt behov herfor.

Med hensyn til mindretallets forslag om at regulere et enkelt element af den traditionelle ulykkesdefinition og dermed i realiteten som noget helt ny i forsikringsaftaleloven det nærmere indhold af ulykkesforsikringernes dækningsomfang vil flertallet navnlig pege på, at der som nævnt ovenfor de senere år har været en udvikling i forsikringsbranchen mod mere enkle ulykkesdefinitioner, der samtidig indebærer en udvidelse af ulykkesbegrebet og dermed af ulykkesforsikringernes dækningsomfang. Det spørgsmål, som mindretallet foreslår lovreguleret, opstår imidlertid ikke ved disse nyere ulykkesdefinitioner, men knytter sig til den traditionelle ulykkesdefinition.

Efter det for udvalget oplyste vil forsikringspræmien for disse nyere ulykkesforsikringer som følge af det udvidede dækningsomfang typisk være noget højere end præmien for forsikringer, der bygger på den traditionelle ulykkesdefinition. Der foregår således for tiden en udvikling på ulykkesforsikringsområdet, der giver forsikringstageren mulighed for at vælge at tegne en ulykkesforsikring, der anvender den traditionelle ulykkesdefinition, og som dækker en række forskellige ulykkestilfælde, eller at tegne en ulykkesforsikring, der til en noget højere præmie giver en endnu mere omfattende dækning.

Forsikring & Pensions repræsentanter i udvalget har i den forbindelse oplyst, at mindretallets forslag, der som nævnt indebærer, at den traditionelle ulykkesdefinition ikke vil kunne anvendes i sin hidtidige form, må forventes at ville medføre en ikke ubetydelig præmieforhøjelse i forhold til de forsikringer, der i dag anvender den traditionelle ulykkesdefinition. Mindretallets forslag vil således begrænse forsikringstagerens muligheder for at vælge mellem en dyrere forsikring med et bredere dækningsomfang og en billigere forsikring med et lidt mere begrænset dækningsomfang.

En generel fordyrelse af ulykkesforsikringerne vil i øvrigt alt andet lige kunne føre til, at der vil blive tegnet færre ulykkesforsikringer, hvilket efter flertallets opfattelse vil være en særdeles uheldig udvikling både for de sikrede, der dermed står uden forsikringsdækning, og for samfundet som sådant.

Flertallet finder på denne baggrund ikke, at der bør indføres en regel som foreslået af mindretallet.

1. Se nærmere Ivan Sørensen: Forsikringsret, side 393 ff., og Preben Lyngsø: Dansk Forsikringsret, side 805 ff.

2. Betænkning nr. 1402/2001 om arbejdsskadesikring og betænkning nr. 1418/2002 om arbejdsskadesikring.

3. Kommissionsudkastet, side 123 f.

4. Michael K. Nielsen: Kunsten at definere en ulykke i Forsikring nr. 3/2002, side 4 f.

Kapitel 21. Kollektive forsikringer

21.1. Gældende ret

Ved kollektive forsikringer forstås her arbejdsmarkedspensioner (herunder firmapensionsordninger) og gruppeforsikringer.

En kollektiv forsikring er karakteriseret ved et trepartsforhold mellem forsikringsselskabet, den medlemsrepræsentant, som indgår forsikringsaftalen, og det enkelte medlem, som er dækket af forsikringen. I arbejdsmarkedspensionsordninger kan der være op til fem parter involveret (pensionsleverandøren, arbejdsgiverorganisationer, lønmodtagerorganisationer, arbejdsgiveren/ virksomheden, og det enkelte medlem/medarbejderen). Den nærmere udformning af de enkelte kollektive forsikringsordninger varierer fra ordning til ordning, og der findes i dag en række forskellige arbejdsmarkedspensionsordninger og gruppeforsikringer. De omhandlede ordninger kendes i praksis navnlig på personforsikringsområdet (livs-, syge og ulykkesforsikring).

En gruppeforsikring er karakteriseret ved, at der mellem selskabet og gruppererepræsentanten indgås én forsikringsaftale, der skal dække medlemmerne af en nærmere angiven gruppe. Det kan f.eks. være en arbejdsgiver, der tegner en forsikring, der omfatter de ansatte på virksomheden, eller en forening, der tegner en forsikring, som omfatter foreningens medlemmer. Der vil ved tegning af en gruppeforsikring normalt kun blive udstedt én police og blive betalt én præmie til forsikringsselskabet.

En gruppeforsikring kan både være udformet sådan, at forsikringsselskabet kender identiteten af de enkelte medlemmer af den gruppe, som er omfattet af forsikringen, og sådan, at selskabet ikke kender de enkelte gruppemedlemmers identitet (eller deres præcise antal), f.eks. hvis forsikringen omfatter de til enhver tid ansatte på virksomheden .

Arbejdsmarkedspensionsordninger oprettes som led i kollektive aftaler mellem arbejdsmarkedets organisationer eller som led i virksomhedsaftaler, men således at der normalt

mellem forsikringsselskabet eller pensionskassen og det enkelte medlem oprettes en individuel forsikringsordning. Arbejdsgiveren indbetaler efter nærmere fastsatte kriterier pensionsbidrag til forsikringsselskabet eller pensionskassen til denne pensionsordning.

Nogle arbejdsmarkedspensionsordningers indhold kan være nøje fastlagt af aftaleparterne bag pensionsordningen, mens andre pensionsordninger giver varierende valgfrihed med hensyn til pensionsordningens sammensætning. Det vil oftest være obligatorisk for den enkelte ansatte at være medlem af en arbejdsmarkedspensionsordning, men der kan også være ordninger, hvor det er frivilligt, om den pågældende vil tilmeldes ordningen.

Forsikringsaftaleloven indeholder ikke særlige regler om gruppeforsikringer og arbejdsmarkedspensionsordninger. Det er således som udgangspunkt lovens almindelige regler, der finder anvendelse på sådanne forsikringer.

En enkelt særregel findes dog i § 97 a, stk. 4, nr. 2, hvorefter fortrydelsesretten ved tegning af livsforsikringer ikke gælder for gruppeforsikring eller anden kollektiv forsikring , hvor forsikringsaftalen indgås mellem forsikringsselskabet og en repræsentant for forsikringstageren.

Ved forsikringstageren forstås efter forsikringsaftalelovens § 2, stk. 2, den, der har indgået aftalen med forsikringsselskabet. Hvis forsikringsordningen er udformet sådan, at der indgås én forsikringsaftale, der omfatter medlemmerne af en nærmere angiven gruppe, er det således som udgangspunkt grupperepræsentanten og ikke det enkelte gruppemedlem, der anses for forsikringstager. Er ordningen derimod udformet sådan, at der på grundlag af en overordnet rammeaftale indgås en individuel aftale mellem selskabet og det enkelte medlem, anses medlemmet for forsikringstager.

Spørgsmålet om, hvem der anses for forsikringstager, kan bl.a. have betydning i relation til reglerne om afgivelse af urigtige risikooplysninger ved forsikringens tegning (§§ 4-10), der omhandler oplysninger afgivet af forsikringstageren. Forsikringsselskabet antages dog også at kunne påberåbe sig, at der afgivet urigtige oplysninger af det enkelte medlem, selv om denne ikke kan anses for forsikringstager.[1]

Nævnes kan også reglerne om opsigelse af forsikringen og ophør af forsikringsdækningen på grund af manglende præmiebetaling (§§ 13-17), hvorefter påkrav mv. skal rettes til forsikringstageren. En gruppeforsikring kan således efter disse regler være ophørt på grund af manglende præmiebetaling fra forsikringstageren, uden at de enkelte gruppemedlemmer er blevet orienteret herom.

Efter reglerne i forsikringsaftalelovens §§ 102 ff. er det forsikringstageren, der kan indsætte en begunstiget i en livsforsikring. I relation til reglerne om begunstigelse anses det enkelte

medlem og ikke medlemsrepræsentanten som forsikringstager. En begunstigelsesklausul, der er indsat ved forsikringens tegning, anses således for at være indsat af medlemsrepræsentanten på vegne af det enkelte medlem.[2] Dette indebærer bl.a., at det enkelte medlem kan ændre en begunstigelsesklausul, og at medlemmets ægtefælle og livsarvinger mfl. kan påberåbe sig forsikringsaftalelovens § 104, stk. 2, i forhold til en begunstiget, som er indsat af medlemsrepræsentanten ved forsikringens tegning.

Det kan endelig nævnes, at bekendtgørelse nr. 609 af 14. juli 1995 om information fra forsikringsselskabet til forsikringstager ved indgåelse af en livsforsikringsaftale i § 10 indeholder en særlig regel om gruppeforsikringer. Det fremgår heraf, at bekendtgørelsens regler ved gruppeforsikringer gælder i forholdet mellem aftaleparterne (dvs. selskabet og forsikringstageren). Det bestemmes herefter, at den information, der kræves efter bekendtgørelsen, skal udleveres til det enkelte gruppemedlem af forsikringsselskabet, et administrationsselskab eller gruppererepræsentanten. I arbejdsmarkedspensionsordninger anses den, der er forsikret og ejer af forsikringen (dvs. den enkelte arbejdstager), for forsikringstager, jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 3.

21.2. Reglerne i de andre nordiske lande

21.2.1. Norge

Efter den norske forsikringsaftalelovs § 9-1 og § 19-1 gælder lovens regler som udgangspunkt også for kollektive forsikringer.

Loven indeholder imidlertid herudover to kapitler, der regulerer visse særlige spørgsmål ved kollektive forsikringer: Kapitel 9 om skadesforsikringer og kapitel 19 om personforsikringer. De to kapitler indeholder bl.a. regler om, hvad en kollektiv forsikringsaftale skal indeholde, information mv., forsikringens begyndelse og ophør samt ændringer af forsikringsvilkårene. Kapitlerne er medtaget som bilag 10 til betænkningen.

Den tidligere forsikringsaftalelov indeholdt ikke særlige regler om kollektive forsikringer. Forsikringsordningerne blev i stedet i første række reguleret af forsikringsselskabernes forsikringsbetingelser mv., hvilket kun i begrænset omfang gav anledning til retstvister.[3]

I forbindelse med udarbejdelsen af den nye forsikringsaftalelov pegede det lovforberedende udvalg imidlertid på, at en tidssvarende forsikringsaftalelov bør indeholde en vis regulering af kollektive forsikringer.[4]

Hertil kom, at der efter udvalgets opfattelse på enkelte områder var behov for en præcisering af

retstilstanden. Udvalget pegede navnlig på spørgsmålet om gruppererepræsentantens stilling, når forsikringsselskabet i et eller andet omfang overlader administrationen af ordningen til gruppererepræsentanten, samt på behovet for regler om forsikringsselskabets informationspligt ved kollektive forsikringer. Med hensyn til personforsikringer fandt udvalget endvidere, at reglerne om indsættelse af en begunstiget og om den afdødes ægtefælles eller livsarvingers mulighed for at anfægte indsættelsen af en begunstiget burde præciseres nærmere i relation til kollektive forsikringer.

Udvalget anførte endelig, at en kodifikation af de gældende (ikke-lovbestemte) regler om kollektive forsikringer ville lette oversigten over reglerne og tjene pædagogiske formål.

21.2.2. Sverige

Den svenske forsikringsaftalelov indeholder ikke særlige regler om kollektive forsikringer, og af konsumentförsäkringslagen fremgår udtrykkeligt, at denne lov ikke omfatter kollektive forsikringer, jf. 1 §, stk. 3.

Det seneste udkast til en ny svensk forsikringsaftalelov indeholder derimod en nærmere regulering af kollektive forsikringer. Der skelnes i udkastet mellem gruppeforsikringer og kollektive forsikringer, der er tegnet som led i ansættelsesforhold mv. (kollektivavtalsgrundad).

Udkastets kapitel 9-10 indeholder regler om skadesforsikringer og kapitel 18-19 regler om personforsikringer. Kapitlerne indeholder bl.a. regler om informationspligt, tiden for selskabets ansvar og opsigelse af forsikringen. Kapitlerne er medtaget som bilag 11 til betænkningen.

Det anses i udkastet for væsentligt, at der sker en lovregulering af de praktisk vigtige kollektive forsikringer, men udkastets regler svarer dog i vidt omfang til den praksis, der anvendes i dag ved kollektive forsikringer.[5]

21.2.3. Finland

Efter den finske forsikringsaftalelovs 4 § gælder en række af lovens bestemmelser ligeledes for gruppeforsikringer. Herudover indeholder lovens kapitel 11 bl.a. særlige regler om information om gruppeforsikringer og om ophør af gruppeforsikringer. Kapitlet er medtaget som bilag 12 til betænkningen.

21.3. Udvalgets overvejelser

Som det fremgår af kapitel 21.1. ovenfor, er det som udgangspunkt alene forholdet mellem

forsikringsselskabet og medlemsrepræsentanten, henholdsvis mellem selskabet og det enkelte medlem, der er af forsikringsaftaleretlig karakter. Forholdet mellem medlemsrepræsentanten og det enkelte medlem må derimod som udgangspunkt reguleres af foreningsretlige eller arbejdsretlige regler mv.

Forsikringsaftaleloven indeholder ikke særlige regler om gruppeforsikringer og arbejdsmarkedspensionsordninger. Det er således som udgangspunkt lovens almindelige regler, der finder anvendelse på disse forsikringsordninger, herunder i forholdet mellem forsikringsselskabet og det enkelte medlem.

Efter det for udvalget oplyste giver dette ikke anledning til særlige problemer i praksis heller ikke selv om der i dag findes en række forskellige gruppeforsikringsordninger og arbejdsmarkedspensionsordninger. De sager mellem forsikringsselskabet og det enkelte medlem, som behandles ved domstolene og Ankenævnet for Forsikring, vedrører således i almindelighed ikke spørgsmål, der særligt opstår som følge af, at der er tale om en gruppeforsikring eller arbejdsmarkedspensionsordning, men spørgsmål f.eks. om forsikringsdækningens omfang der lige så vel kan opstå ved en privattegnet forsikring.

Udvalget finder på denne baggrund ikke grundlag for at foreslå en nærmere, generel regulering af gruppeforsikringer eller arbejdsmarkedspensionsordninger.

De norske og finske forsikringsaftalelove samt det seneste udkast til en ny svensk forsikringsaftalelov indeholder ganske vist nærmere regler om disse forsikringer mv. Som det fremgår af kapitel 21.2. ovenfor, er disse regler imidlertid navnlig begrundet i, at det som led i udarbejdelsen af helt nye forsikringsaftalelove er anset for rigtigst også at medtage regler om disse praktisk vigtige forsikringsordninger. Reglerne er i vidt omfang udtryk for, hvad der allerede var/er gældende ret.

Som anført i kapitel 4 ovenfor har udvalget imidlertid ikke fundet grundlag for at udforme en helt ny dansk forsikringsaftalelov. Udvalget har i stedet koncentreret sit arbejde om de spørgsmål, hvor der er blevet peget på et behov for at overveje ændringer af forsikringsaftaleloven, herunder hvor der i praksis har vist sig et behov herfor.

Udvalget har overvejet, om der på enkelte områder kunne være behov for særlige regler om gruppeforsikringer og arbejdsmarkedspensionsordninger. Det gælder navnlig reglerne om opsigelse af forsikringen og ophør af forsikringsdækningen som følge af manglende præmiebetaling (§§ 13-17).

Både efter de gældende regler og efter de nye regler, som foreslås af udvalget, jf. kapitel 6 ovenfor, skal forsikringsselskabet ved manglende præmiebetaling give forsikringstageren mulighed for at betale præmien, inden en eventuel opsigelse af forsikringen får virkning. Da

det ved en gruppeforsikring som udgangspunkt er gruppererepræsentanten, der anses som forsikringstager, jf. forsikringsaftalelovens § 2, stk. 2, kan forsikringen derfor for så vidt være ophørt som følge af manglende præmiebetaling, uden at det enkelte gruppemedlem er orienteret herom.

I nogle gruppeforsikringsordninger kender forsikringsselskabet identiteten af de enkelte gruppemedlemmer, mens selskabet i andre ordninger ikke er bekendt hermed, f.eks. fordi forsikringen omfatter de til enhver tid ansatte på virksomheden .

I de tilfælde, hvor selskabet kender identiteten af gruppemedlemmerne, vil selskabet efter det for udvalget oplyste i praksis underrette de enkelte gruppemedlemmer, hvis præmien ikke bliver betalt. Forsikring & Pensions medlemmer af udvalget har i den forbindelse tilkendegivet, at det efter deres opfattelse vil være i strid med god forsikringsskik, hvis et selskab undlader at foretage en sådan underretning, og selskabet vil således i givet fald kunne blive ansvarlig i forhold til det enkelte gruppemedlem, som har haft en berettiget forventning om at være dækket af den pågældende gruppeforsikring.

For så vidt angår forsikringsordninger, hvor forsikringsselskabet ikke kender identiteten af de enkelte gruppemedlemmer og derfor ikke har mulighed for at underrette dem om den manglende præmiebetaling, vil udvalget pege på, at forsikringsselskabet og gruppererepræsentanten ved forsikringsaftalens indgåelse bør tage højde for den situation, der kan opstå, hvis præmien ikke bliver betalt. Det kan f.eks. aftales, at forsikringsselskabet skal underrette en særlig gruppererepræsentant, dvs. en anden end den sædvanlige gruppererepræsentant/forsikringstageren, ved manglende præmiebetaling, således at denne særlige repræsentant har en forpligtelse til at orientere de enkelte gruppemedlemmer.

Med hensyn til arbejdsmarkedspensionsordninger føres der efter det for udvalget oplyste i øvrigt en løbende kontrol med, om præmien bliver indbetalt af arbejdsgiveren. Præmiebetalingen fremgår således af den enkelte medarbejders lønseddel (uden at lønsedlen dog udgør bevis for, at arbejdsgiveren har indbetalt præmien) og det enkelte arbejdsmarkedspensionsinstitut overvåger løbende ændringer herunder bortfald i præmieindbetalingerne. Manglende præmiebetaling opdages derfor hurtigt og sagerne løses effektivt i det arbejdsretlige system.

Udvalget finder på denne baggrund ikke, at der er behov for særlige regler om orientering af de enkelte gruppemedlemmer om manglende præmiebetaling.

---

1. Preben Lyngsø: Dansk forsikringsret, side 131 med yderligere henvisninger.

2. Se f.eks. UfR 1998.799 H og UfR 1980.436 V samt Preben Lyngsø: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 345 og 353, og Ivan Sørensen: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 265 f. Om anvendelsen af forsikringsaftalelovens § 105, stk. 5 (forståelsen af en indsættelse af nærmeste pårørende som begunstiget) ved gruppeforsikringer henvises til Ivan Sørensen: Forsikringsaftaleloven med kommentarer, side 279, Lennart Lynge Andersen i UfR 1998B.419 og Jørgen Nørgaard i UfR 2001B.475 (side 477 f.).

3. NOU 1983:56, side 167, og NOU 1987:24, side 180.

4. NOU 1983:56, side 167 ff., og NOU 1987:24, side 180 ff.

5. Ds 1993:39, side 188 ff. Se også SOU 1986:56, side 234 ff., og SOU 1989:88, side 130 ff. og 231 ff.

Kapitel 22. Økonomiske og administrative konsekvenser af udvalgets forslag

Udvalget har ikke selv foretaget en nærmere vurdering af de økonomiske og administrative konsekvenser af sit forslag, men har anmodet Forsikring & Pension om en vurdering heraf.

Forsikring & Pension har i den forbindelse udtalt følgende:

Lovforslaget vil have økonomisk og administrative konsekvenser for erhvervslivet (forsikringsselskaberne og pensionskasserne).

Lovforslaget indeholder dels bestemmelser, der vil medføre øgede erstatningsudbetalinger. Der henvises herunder særligt til forslaget til ny § 6, stk. 3.

Lovforslaget indeholder derudover bestemmelser, som må forventes at have en vis processkabende effekt med dertil hørende øgede proces- og administrationsomkostninger for selskaberne. Der henvises herunder særligt til forslaget til ny § 6, stk. 3, § 14 og § 32, stk. 3.

De i lovforslaget indeholdte vejlednings- og oplysningsforpligtelser vil medføre øgede administrationsudgifter dels i forbindelse med behandlingen af de konkrete sager og dels i forbindelse med uddannelse af medarbejdere mv. Der henvises herunder særligt til forslaget til § 13, stk. 2, og § 25.

Lovforslaget vil endelig stille krav om en række ret omfattende administrative og IT-mæssige omlægninger. Der henvises herunder bl.a. til forslaget til nye præmieopkrævningsregler i §§ 12-17.

Det er ikke muligt nærmere at kvantificere de øgede udgifter, som forslagene vil medføre. Disse kan dog ikke antages at være ubetydelige.

Kapitel 23. Udvalgets lovudkast med bemærkninger

23.1. Lovudkast

§ 1

I lov om forsikringsaftaler, jf. lovbekendtgørelse nr. 726 af 24. oktober 1986, som ændret senest ved § 1 i lov nr. 435 af 31. maj 2000, foretages følgende ændringer:

1. I *§ 2* indsættes som nyt stk. 4:

Stk. 4. Ved en forbrugerforsikring forstås en forsikringsaftale, hvor forsikringstageren (forbrugeren) ved aftalens indgåelse hovedsagelig handler uden for sit erhverv. Selskabet har bevisbyrden for, at en forsikringsaftale ikke er en forbrugerforsikring.

2. Et mindretals forslag (2 medlemmer):

I *§ 2* indsættes som nyt stk. 5:

Stk. 5. Ved den forsikrede forstås den, på hvis liv eller helbred forsikringen er tegnet.

3. Efter § 3 a indsættes:

Flertallets forslag (alle medlemmer bortset fra 5, jf. dog ovenfor i kapitel 4 om Finanstilsynets generelle tilkendegivelse):

§ 3 b. Selskabets afslag på at tegne en forsikring som begæret og selskabets opsigelse af en

forsikringsaftale skal efter anmodning begrundes.
Stk. 2. Begrundelsen skal indeholde en henvisning til de relevante retsregler samt en kort redegørelse for, hvorfor forsikringen ikke kan tegnes, eller hvorfor forsikringsaftalen opsiges. Begrundelsen skal efter anmodning være skriftlig.

Mindretallets forslag (5 medlemmer):

§ 3 b. Selskabet må ikke afslå en forbrugers begæring om at tegne en forsikring, som selskabet ellers normalt tilbyder, medmindre afslaget er sagligt begrundet, herunder i særlige risikoforhold. Bestemmelsen gælder tilsvarende ved forsikringens fornyelse eller ved selskabets opsigelse af forsikringen.
Stk. 2. Selskabet skal på begæring give skriftlig begrundelse for et afslag eller en opsigelse som nævnt i stk. 1. Begrundelsen skal have et sådant indhold, at forbrugeren kan vurdere, om forsikringen eventuelt vil kunne tegnes under ændrede forhold i et andet selskab.

4. I *§ 6* indsættes som nyt stk. 3:

Stk. 3. Ved forbrugerforsikring samt ved livs-, ulykkes- eller sygeforsikring eller anden personforsikring kan det uanset stk. 1-2 bestemmes, at selskabet hæfter helt eller delvist, hvis særlige omstændigheder taler herfor. Ved afgørelsen heraf skal der navnlig lægges vægt på, om det forhold, hvorom der er givet urigtig oplysning, må antages at have haft indflydelse på forsikringsbegivenhedens indtræden eller skadens størrelse, på den af forsikringstageren udviste uagtsomhed og på den tid, der er forløbet fra afgivelsen af urigtig oplysning til forsikringsbegivenhedens indtræden.

Stk. 3 bliver herefter stk. 4.

5. I *§ 10, stk. 1*, tilføjes efter §§ 5 : , 6, stk. 3, .

6. *§§ 12-17* affattes således:

Præmien

§ 12. Præmien skal betales senest 21 dage efter selskabets påkrav herom.
Stk. 2. Forbehold om, at selskabets ansvar først skal indtræde, når første præmie er betalt, eller policen er udleveret, er ugyldige.

§ 13. Betales præmien ikke rettidigt, kan selskabet opsige forsikringsaftalen med den virkning, at aftalen ophører, hvis præmien ikke er betalt senest 21 dage efter opsigelsen. Opsigelse kan tidligst ske 14 dage efter udløbet af betalingsfristen efter § 12, stk. 1.

Stk. 2. Opsigelsen skal angive, at forsikringsaftalen ophører, hvis præmien ikke betales inden den fastsatte frist, og skal oplyse om muligheden efter § 14 for at bringe forsikringsaftalen til at løbe på ny. Fristerne efter stk. 1, 1. pkt., og § 14 løber først fra det tidspunkt, hvor disse oplysninger er givet.

§ 14. Skyldes den for sene betaling af præmien særligt undskyldende omstændigheder, og betales præmien samt eventuelle renter og omkostninger uden ugrundet ophold efter betalingshindringens ophør, løber forsikringsaftalen på ny fra dagen efter, at betaling sker. Betaling skal dog ske senest 3 måneder efter udløbet af opsigelsesfristen efter § 13, stk. 1. Er forsikringsaftalen indgået for en bestemt periode, skal betaling tillige ske inden udløbet af denne periode.

§ 15. Indbetaling til et pengeinstitut her i riget, bortset fra Grønland, til befordring til betalingsstedet er rettidig, når den sker inden for fristerne efter §§ 12-14.

Stk. 2. Har forsikringstageren bopæl i Grønland, forlænges de i §§ 12-14 omhandlede frister for betaling i det omfang, stedets forbindelsesmuligheder i det enkelte tilfælde gør det rimeligt, ligesom opsigelse efter § 13, stk. 1, kan ske tidligere end 14 dage efter betalingsfristens udløb, for så vidt det er rimeligt begrundet i stedets postforbindelse.

§ 16. Opsiges en forsikringsaftale af selskabet i henhold til en bestemmelse i denne lov til ophør inden udløbet af den tid, som aftalen er indgået for, har selskabet ret til den præmie, som skulle have været betalt, hvis forsikringen kun havde været tegnet for den forløbne tid.

Stk. 2. Ophører aftalen af andre grunde, har selskabet ret til så stor en del af præmien, som svarer til den tid, der er forløbet indtil aftalens ophør.

§ 17. Ved forbrugerforsikring kan §§ 12-16 ikke ved aftale fraviges til skade for forsikringstageren eller den sikrede. § 12, stk. 1, kan dog fraviges som led i en løbende aftale om betaling af præmien ved betalingsoverførsel.

Stk. 2. For så vidt angår betaling af første præmie, kan det aftales, at forsikringsaftalen ophører, hvis præmien ikke betales inden en rimelig frist efter selskabets påkrav om betaling. Fristen i § 14, 2. pkt., regnes i givet fald fra tidspunktet for aftalens ophør.

Stk. 3. § 16 gælder ikke for livsforsikringer.

7. *§ 24, stk. 2*, affattes således:

Stk. 2. Beløbet skal af selskabet forrentes fra det tidspunkt, hvor det kan kræves betalt efter stk. 1, med en årlig rente, der svarer til den fastsatte referencesats med et tillæg på 7 pct. Som referencesats anses den officielle udlånsrente, som Danmarks Nationalbank har fastsat henholdsvis pr. den 1. januar og den 1. juli det pågældende år. Justitsministeren kan hvert andet år efter forhandling med Danmarks Nationalbank og Økonomiministeriet ændre renten, dog således at det i 1. pkt. nævnte tillæg ikke kan fastsættes til mindre end 7 pct.

8. I *§ 24* indsættes som nyt stk. 4:

Stk. 4. Ved ansvarsforsikring gælder stk. 1-3 ikke for den skadelidtes erstatningskrav mod selskabet.

9. *§ 25* affattes således:

Selskabet skal senest 3 måneder efter anmeldelse af forsikringsbegivenheden vejlede sikrede om retten til at kræve betaling efter § 24, stk. 1, 2. pkt., medmindre sikredes krav på forsikringsydelsen inden da er imødekommet eller afvist. Dette gælder dog ikke, hvis det må anses for åbenbart, at der ikke kan opstå spørgsmål om at kræve en sådan betaling.

10. I *§ 29* indsættes som stk. 2:

Stk. 2. Ved ansvarsforsikring, hvor selskabet hæfter umiddelbart over for skadelidte, forældes skadelidtes krav mod selskabet efter de samme regler, som gælder for skadelidtes krav mod skadevolderen.

11. Overskriften til § 32 affattes således:

Bistand ved forhandlinger med selskabet mv.

12. I *§ 32* indsættes som nyt stk. 3:

Den sikrede kan i forbindelse med udenretlig fremsættelse og opgørelse af krav mod selskabet kræve rimelige og nødvendige udgifter til advokatbistand dækket af selskabet. 1. pkt. finder ved ansvarsforsikringer tilsvarende anvendelse ved den skadelidtes erstatningskrav mod selskabet.

13. *§ 33, stk. 1, 2. pkt.*, affattes således:

Har forsikringstageren eller den sikrede bopæl i Grønland, kommer det dog ikke selskabet til skade, at sådan meddelelse som omhandlet i §§ 8, 12, stk. 1, 13, 31 og 48 forsinkes eller ikke kommer frem, når meddelelsen er indleveret til befordring med telegram eller post eller, hvor andet forsvarligt befordringsmiddel benyttes, er indleveret til befordring dermed.

14. *§ 51, stk. 2*, ophæves.

Stk. 3 bliver herefter stk. 2.

15. § 95 ændres således:

Flertallets forslag (alle medlemmer bortset fra 2, jf. dog ovenfor i kapitel 4 om Finanstilsynets generelle tilkendegivelse):

I *§ 95* indsættes som nyt stk. 2:

Stk. 2. Den skadelidte indtræder endvidere i den sikredes ret imod selskabet, hvis skadelidtes krav på erstatning er omfattet af sikredes konkurs, tvangsakkord eller gældssanering. I det omfang skadelidtes krav ikke er blevet dækket, kan det fulde krav på erstatning rettes mod selskabet. Selskabet skal i de i 1. pkt. nævnte tilfælde uden ugrundet ophold underrette den sikrede om, at det har modtaget et krav på erstatning.

Stk. 2 bliver herefter stk. 3.

Mindretallets forslag (2 medlemmer):

§ 95 affattes således:

§ 95. Skadelidte kan kræve erstatning direkte fra selskabet. Selskabet og den sikrede har pligt til på forespørgsel at oplyse skadelidte om, at der foreligger ansvarsforsikring.

Stk. 2. Fremsættes der krav over for selskabet, skal dette underrette den sikrede herom, og det skal holde ham underrettet om den videre behandling af kravet. Selskabets indrømmelser over for skadelidte binder ikke den sikrede.

Stk. 3. Bliver selskabet sagsøgt, kan det forlange, at skadelidte sagsøger den sikrede under samme sag. Medsagsøges den sikrede i så fald ikke inden 2 måneder, afvises sagen mod selskabet.

Stk. 4. De indsigelser, den sikrede har over for skadelidte, og de indsigelser, selskabet har over for den sikrede på grundlag af forsikringsaftalen, kan selskabet også gøre gældende over for skadelidte.

Stk. 5. En erhvervsdrivende kan over for den sikrede frafalde sin ret efter stk. 1. Aftalen herom mister dog sin virkning, hvis den sikrede bliver insolvent, eller hvis den sikrede er en juridisk person, der opløses.

Stk. 6. [Det nuværende stk. 2 gentages].

16. Et mindretals forslag (2 medlemmer):

I *§ 119* indsættes som nyt stk. 2:

S*tk. 2*. Ved ulykkesforsikring kan det ikke i aftalen bestemmes, at det er en betingelse for dækning, at indvirkningen af forsikredes legeme skal være uafhængig af dennes vilje. Lovens § 18, stk. 1, finder anvendelse.

§ 2

Stk. 1. Loven træder i kraft den ....
Stk. 2. Loven gælder for aftaler, der indgås eller forlænges efter lovens ikrafttræden.
Stk. 3. For aftaler om livsforsikring, der er indgået før lovens ikrafttræden, gælder lovens § 1, nr. 1, 4-5, 7, 9 og 11-12, dog for forsikringsbegivenheder, der indtræder efter lovens ikrafttræden, § 1, nr. 3, for opsigelse, der sker efter lovens ikrafttræden, og § 1, nr. 6 og 13, for præmie, der forfalder til betaling efter lovens ikrafttræden.

§ 3

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes i kraft for disse landsdele med de afvigelser, som de særlige færøske og grønlandske forhold tilsiger.

23.2. Specielle bemærkninger

Til § 1

Til nr. 1 (§ 2, stk. 4)

Den gældende forsikringsaftalelov indeholder ikke særlige regler for forbrugerforsikringer.

Det foreslås imidlertid, at den nye lempelsesregel ved afgivelse af urigtige oplysninger ved forsikringens tegning (forslaget til lovens § 6, stk. 3, jf. lovforslagets § 1, nr. 4) alene gælder ved forbrugerforsikring og personforsikring, og at de nye regler om præmiebetaling mv. ved forbrugerforsikring ikke kan fraviges til skade for forsikringstageren og/eller sikrede (forslaget til lovens § 17, jf. lovforslagets § 1, nr. 6).

Det foreslås derfor, at der i forsikringsaftaleloven indsættes en definition af en forbrugerforsikring , hvorefter en forbrugerforsikring er en forsikringsaftale, hvor forsikringstageren (forbrugeren) ved aftalens indgåelse hovedsagelig handler uden for sit erhverv. Den foreslåede definition er udformet på grundlag af den forbrugerdefinition, der anvendes i flere andre formueretlige love, bl.a. aftaleloven, købeloven og lov om visse forbrugeraftaler.

Ved fastlæggelsen af, om en forsikring efter den foreslåede nye definition i forsikringsaftaleloven skal anses for en forbrugerforsikring, kan der således tages udgangspunkt i, om der efter forbrugerdefinitionen i de ovennævnte love vil være tale om et forbrugerforhold, herunder navnlig om der i relation til reglerne om fortrydelsesret i lov om visse forbrugeraftaler er tale om en forsikringsaftale, der er indgået af en forbruger.

Afgørende for, om der er tale om en forbrugerforsikring, er, om forsikringstageren ved aftalens indgåelse hovedsagelig handler uden for sit erhverv, dvs. om forsikringen ved aftalens indgåelse hovedsagelig er bestemt til at være ikke-erhvervsmæssig. Der må i den forbindelse lægges vægt på, om den forsikrede interesse er af ikke-erhvervsmæssig (privat) karakter, f.eks. forsikring af privat indbo i modsætning til en erhvervsvirksomheds kontorudstyr mv.

Ved livs-, syge- eller ulykkesforsikring eller anden personforsikring, hvor forsikringstageren som privatperson tegner en forsikring på sit eget liv, helbred mv., må den forsikrede interesse i almindelighed anses for at være af ikke-erhvervsmæssig karakter. En privat ulykkesforsikring må således normalt anses for en forbrugerforsikring, selv om der f.eks. er tale om en heltidsulykkesforsikring, der også dækker ulykker på den forsikredes arbejdsplads.

Ved kollektive forsikringer vil det afhænge af den nærmere udformning af den enkelte forsikringsordning, hvorvidt der er tale om forbrugerforsikring. Hvis ordningen er udformet sådan, at der mellem gruppererepræsentanten og selskabet indgås én forsikringsaftale, der omfatter medlemmerne af en nærmere angiven gruppe, vil der ofte ikke være tale om en forbrugerforsikring, idet gruppererepræsentanten, f.eks. en virksomhed, ikke hovedsagelig vil handle uden for sit erhverv. Hvis der derimod på grundlag af en rammeaftale indgås en forsikringsaftale mellem hvert enkelt gruppemedlem og selskabet, vil der kunne være tale om en forbrugerforsikring.

Det foreslås endelig, at forsikringsselskabet har bevisbyrden for, at en indgået forsikringsaftale ikke er en forbrugerforsikring, jf. *stk. 4, 2. pkt*. Dette er i overensstemmelse med, hvad der gælder efter bl.a. aftaleloven, købeloven og lov om visse forbrugeraftaler.

Der henvises til kapitel 4 ovenfor.

Til nr. 2 (§ 2, stk. 5 et mindretals forslag)

Da forsikringsaftaleloven ikke definerer, hvad der skal forstås ved den forsikrede, er det nødvendigt med en sådan regel. Det bemærkes herved, at begrebet og definitionen er godt indarbejdet i forsikringsbranchen, og da også er et nødvendigt begreb at arbejde med ved ulykkesforsikring, når den på hvis liv og helbred forsikringen er tegnet er forskellig fra den sikrede (forsikringsaftalelovens § 2, stk. 3).

Til nr. 3 (§ 3 b)

Flertallets forslag:

Det foreslås, at forsikringsselskabet får en udtrykkelig pligt til at begrunde et afslag på at tegne en forsikring og en opsigelse af en allerede indgået forsikringsaftale, jf. *stk. 1*.

Begrundelsespligten ved selskabets afslag på at tegne en forsikring omfatter i første række tilfælde, hvor selskabet helt afviser at tegne en forsikring for den pågældende. Den foreslåede regel omfatter endvidere tilfælde, hvor selskabet ikke umiddelbart kan acceptere forsikringsbegæringen, men hvor selskabet tilbyder at tegne forsikringen på andre vilkår, f.eks. til en højere præmie eller med særlige undtagelser fra forsikringsdækningen, jf. som begæret .

Efter den foreslåede regel skal selskabet efter anmodning begrunde enhver opsigelse af forsikringsaftalen. Opsigelsen skal begrundes, uanset om den har hjemmel i lovgivningen (f. eks. forsikringsaftaleloven) eller i forsikringsbetingelserne. Opsigelsen skal endvidere begrundes, uanset om den foretages i forsikringstiden eller til forsikringstidens udløb (f.eks. ved et-årige forsikringer, der fornys for et år ad gangen, medmindre forsikringen inden da opsiges af selskabet eller forsikringstageren).

Det foreslås, at begrundelsen kun skal gives efter anmodning, dvs. fra den, der har ønsket forsikringen (ved afslag) eller fra forsikringstageren (ved opsigelse). Det er alene selskabets (potentielle) aftalepart forsikringstageren der kan kræve en begrundelse.

Begrundelsen skal indeholde en henvisning til de relevante retsregler, herunder i forsikringsaftaleloven eller i forsikringsbetingelserne, jf. *stk. 2, 1. pkt*. Dette vil navnlig have betydning ved opsigelse, hvor det således skal anføres i begrundelsen, hvilke bestemmelser f. eks. i forsikringsbetingelserne der giver selskabet mulighed for at opsige forsikringen.

Begrundelsen skal endvidere indeholde en kort redegørelse for, hvorfor forsikringen ikke kan tegnes, eller hvorfor forsikringsaftalen opsiges. Den foreslåede civilretlige begrundelsespligt kan ikke uden videre sammenlignes med den forvaltningsretlige begrundelsespligt, der påhviler offentlige myndigheder. Der kan derfor ikke uden videre drages paralleller fra de krav, der stilles til en offentlig myndigheds begrundelse, til indholdet af den foreslåede begrundelsespligt for forsikringsselskabet.

Begrundelsen skal udformes på en sådan måde, at den fremtræder som en forklaring på, hvorfor selskabet har afvist at tegne eller har opsagt forsikringen. Begrundelsen skal angive de væsentligste forhold, herunder navnlig de væsentligste faktiske omstændigheder, der ligger til grund for selskabets beslutning, og skal være udformet sådan, at den må anses for egnet til i

hovedtræk at give den forsikringssøgende/forsikringstageren en forståelse af baggrunden for selskabets beslutning.

Det skal fremgå af begrundelsen, hvilke forhold der i det konkrete tilfælde gør, at selskabet ikke (længere) ønsker at tegne den pågældende forsikring, f.eks. ved angivelse af de væsentligste af de konkrete helbredsforhold, der gør, at forsikringen ikke kan tegnes eller kun kan tegnes på skærpede vilkår. En generel henvisning alene til de afgivne helbredsoplysninger vil normalt ikke være tilstrækkelig.

Selskabet er derimod ikke forpligtet til at redegøre nærmere for indholdet af sin almindelige forretningspolitik eller for den risikovurdering, der ligger til grund for selskabets beslutning. Det vil f.eks. således normalt være tilstrækkeligt, at selskabet henviser til et eller flere konkrete elementer i de afgivne helbredsoplysninger og meddeler, at selskabet på denne baggrund ikke ønsker at tegne forsikringen eller kun at tegne den på skærpede vilkår.

Selskabets afvisning af at tegne en forsikring eller opsigelse af en allerede indgået forsikringsaftale vil ofte skyldes en samlet vurdering af det pågældende kundeforhold. I disse tilfælde behøver begrundelsen ikke at indeholde en angivelse af samtlige de forhold, som selskabet har lagt vægt på, men skal blot angive de væsentligste elementer, som ligger til grund for selskabets beslutning.

Begrundelsen skal efter anmodning gives skriftligt, jf. *stk. 2, 2. pkt.*, hvilket også vil kunne ske f.eks. via e-mail.

Ved afslag på at tegne en forsikring, som er begrundet i alvorlig sygdom eller lignende, anmoder forsikringsselskabet i dag i visse tilfælde f.eks. den forsikringssøgendes egen læge om over for den pågældende at redegøre nærmere for indholdet af de lægeerklæringer mv., som selskabet har modtaget. Det er ikke hensigten med den foreslåede regel at ændre denne praksis. Selskabet vil således som hidtil kunne henvise den forsikringssøgende til i første omgang at få gennemgået de lægelige oplysninger hos sin egen læge, men således at selskabet efterfølgende må give en skriftlig begrundelse, hvis den forsikringssøgende ønsker det.

Det forudsættes, at forsikringsselskabet i fornødent omfang orienterer den forsikringssøgende/ forsikringstageren om muligheden for at få en begrundelse, herunder at denne vil kunne fås skriftligt. Dette vil navnlig være relevant, hvis den pågældende giver udtryk for utilfredshed med selskabets beslutning, men af en eller anden grund ikke udtrykkeligt beder om en (skriftlig) begrundelse.

Den foreslåede regel ændrer ikke ved, at det enkelte forsikringsselskab som udgangspunkt frit kan fastlægge sin egen forretningspolitik mv. Reglen indeholder således ikke et krav om, at selskabet på statistisk eller andet videnskabeligt grundlag skal kunne dokumentere sin

risikovurdering. Den foreslåede regel indebærer, at den forsikringssøgende/forsikringstageren skal gøres bekendt med grundlaget og baggrunden for selskabets afvisning eller opsigelse, men giver ikke den pågældende mulighed for i den konkrete situation at anfægte selskabets risikovurdering, forretningspolitik mv.

Der er således ikke knyttet særlige aftaleretlige retsvirkninger til selskabets tilsidesættelse af sin begrundelsespligt. Det betyder imidlertid ikke, at overtrædelse af begrundelsespligten er usanktioneret. Et selskabs tilsidesættelse af begrundelsespligten må således anses for at være i strid med redelig forretningsskik og god praksis, jf. lov om finansiel virksomhed § 3. Dette indebærer bl.a., at Finanstilsynet kan påbyde selskabet at ændre adfærd, og overtrædelse af et sådant påbud kan straffes med bøde. Finanstilsynet vil dog i almindelighed ikke behandle konkrete tvister mellem et forsikringsselskab og forsikringstageren, men alene gribe ind over for en generel adfærd hos selskabet.

Begrundelsen giver endvidere den forsikringssøgende/forsikringstageren mulighed for at vurdere, om afvisningen/opsigelsen skyldes forhold, der kan ændres af den pågældende, således at forsikringen alligevel kan tegnes eller opretholdes eventuelt på andre vilkår, ligesom den pågældende kan undersøge mulighederne for at tegne forsikringen i et andet selskab. En nærmere begrundelse for selskabets beslutning giver endvidere den forsikringssøgende/ forsikringstageren mulighed for at rette eventuelle misforståelser hos selskabet.

Der henvises til kapitel 16.3. ovenfor.

Mindretallets forslag:

Der henvises til kapitel 16.3. ovenfor.

Til nr. 4 (§ 6, stk. 3)

Det foreslås, at der i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3, indsættes en lempelsesregel, der giver mulighed for i særlige tilfælde helt eller delvist at se bort fra, at forsikringstageren ved forsikringens tegning har afgivet urigtige risikooplysninger, selv om betingelserne for bortfald eller nedsættelse af forsikringsydelsen efter § 6, stk. 1-2, for så vidt er opfyldt. Den foreslåede regel gælder alene for forbrugerforsikringer, jf. herom forslaget til lovens § 2, stk. 4 (lovforslagets § 1, nr. 1, og bemærkningerne hertil), samt for livs-, syge- eller ulykkesforsikringer eller andre personforsikringer. Lempelsesreglen gælder således for alle forbrugerforsikringer (uanset forsikringstypen) samt for alle personforsikringer (uanset om der er tale om en forbrugerforsikring).

Den foreslåede regel er tænkt som en sikkerhedsventil , der med henblik på helt særlige (enkeltstående) tilfælde skal sikre, at anvendelsen af lovens § 6, stk. 1-2, ikke fører til resultater

for forsikringtageren/sikrede, som virker urimelige og stødende. Reglen giver ikke mulighed for at se bort fra, at der er udvist svig, jf. lovens § 4.

Reglen giver mulighed for at fravige § 6, stk. 1-2, og lade selskabet hæfte helt eller delvist, selv om der er afgivet urigtige risikooplysninger. Selv om selskabet slet ikke ville have tegnet forsikringen med kendskab til de korrekte forhold og derfor for så vidt er fri for ansvar efter § 6, stk. 1, kan det således bestemmes, at selskabet helt eller delvist hæfter for forsikringsbegivenheden. Tilsvarende kan det bestemmes, at selskabet hæfter i videre omfang, end anvendelsen af pro rata-reglen i § 6, stk. 2, ville føre til enten således, at selskabet hæfter fuldt ud, eller således at nedsættelsen af erstatningen bliver mindre end, hvad § 6, stk. 2, ville føre til.

Det er en forudsætning for at anvende den foreslåede lempelsesregel, at særlige omstændigheder taler for at lade selskabet hæfte helt eller delvist, selv om der er afgivet urigtige risikooplysninger, jf. *1. pkt*. Reglen nævner udtrykkeligt tre kriterier, der navnlig skal tillægges vægt ved denne vurdering, jf. *2. pkt.*

Der skal således lægges vægt på, om det forhold, hvorom der er afgivet urigtige oplysninger, må antages at have haft indflydelse på forsikringsbegivenhedens indtræden eller skadens størrelse, dvs. om der er årsagssammenhæng mellem det uoplyste forhold og forsikringsbegivenheden.

Den omstændighed, at der ikke er årsagssammenhæng mellem det uoplyste forhold og forsikringsbegivenhedens indtræden, taler ikke i sig selv særligt for at anvende lempelsesreglen. Hvis der er en sådan årsagssammenhæng, vil det derimod normalt udelukke, at lempelsesreglen kan anvendes.

Det vil i praksis ofte være vanskeligt med sikkerhed at fastslå, at der ikke er årsagssammenhæng mellem det uoplyste forhold og forsikringsbegivenhedens indtræden. Det vil derfor i almindelighed være tilstrækkeligt, at forsikringstageren/sikrede har gjort det antageligt, dvs. sandsynliggjort, at der ikke er en sådan årsagssammenhæng. Er der f.eks. tale om en livs- eller ulykkesforsikring, vil forsikringstageren/sikrede således normalt ikke skulle fremlægge en lægeerklæring, der udelukker årsagssammenhæng. Det vil normalt være tilstrækkeligt, at det ud fra de lægelige oplysninger mv. må anses for mest sandsynligt, at det uoplyste forhold har været uden indflydelse på forsikringsbegivenhedens indtræden.

Ved vurderingen af, om den foreslåede lempelsesregel skal anvendes, skal der endvidere lægges vægt på graden af den uagtsomhed, som forsikringstageren har udvist i forbindelse med afgivelsen af de urigtige oplysninger.

Lempelsesreglen vil i almindelighed kun kunne anvendes, hvis forsikringstageren ved

afgivelsen af de urigtige oplysninger alene har udvist en ringe uagtsomhed. Der sigtes herved til tilfælde, hvor det i særlig grad må anses for undskyldeligt, at forsikringstageren har afgivet urigtige oplysninger – hvor forsikringstageren – uforvarende – har afgivet urigtige oplysninger. Det vil f.eks. kunne være tilfældet, hvis forsikringstageren ved en forglemmelse undlader at oplyse om en lægeundersøgelse eller hospitalsindlæggelse flere år før forsikringstegningen, fordi den pågældende ikke efterfølgende har haft gener mv. af det forhold, som gav anledning til undersøgelsen eller indlæggelsen.

Det udelukker ikke anvendelse af lempelsesreglen, at forsikringstageren ved forsikringstegningen er klar over, at der afgives urigtige oplysninger, f.eks. at den pågældende bevidst undlader at oplyse om en lægeundersøgelse for flere år siden, hvis det må anses for i særlig grad undskyldeligt, at forsikringstageren ikke gav korrekte oplysninger. Det kan f.eks. være tilfældet, hvis forsikringstageren har haft rimelig grund til at tro, at oplysningen var uden betydning for selskabet (uden at der ligefrem er tale om god tro, jf. § 5). Der vil herved navnlig – som ved vurderingen af, om forsikringstageren er i god tro efter lovens § 5 – kunne lægges vægt på forsikringsselskabets og dets repræsentanters forhold mv. Har forsikringstageren ikke svaret fyldestgørende på et bredt og måske upræcist formuleret spørgsmål i forsikringsbegæringen, taler det således i højere grad for at anvende lempelsesreglen, end hvis der er givet et urigtigt svar på et klart og enkelt spørgsmål. Tilsvarende vil der kunne lægges vægt på, i hvilket omfang forsikringstageren er blevet vejledt af en repræsentant for selskabet forud for eller i forbindelse med udfyldelsen af forsikringsbegæringen.

Der skal endelig lægges vægt på, hvor lang tid der er forløbet mellem forsikringens tegning (og dermed afgivelsen af de urigtige oplysninger) og forsikringsbegivenhedens indtræden. Det vil således tale for anvendelse af den foreslåede lempelsesregel, hvis der ved forsikringsbegivenhedens indtræden er forløbet flere år, siden de urigtige oplysninger blev afgivet, således at forsikringstageren i en længere periode har betalt forsikringspræmien i forventning om at have en bestemt forsikringsdækning.

Angivelsen af kriterier i 2. pkt. er ikke udtømmende, og der vil også kunne lægges vægt på andre særlige forhold i den konkrete sag. Der vil f.eks. efter omstændighederne kunne lægges vægt på, om bortfald eller nedsættelse af forsikringsydelsen vil være særligt indgribende over for sikrede – navnlig hvis sikrede er en anden end forsikringstageren og har været uden indflydelse på afgivelsen af de urigtige risikooplysninger. Det vil f.eks. kunne være tilfældet ved en livsforsikring, hvor den efterladte ægtefælle efter § 6, stk. 1-2, ellers ikke vil få udbetalt (hele) forsikringssummen, fordi nu afdøde ved forsikringens tegning for flere år siden afgav urigtige oplysninger.

Der henvises til kapitel 5.3. ovenfor.

Til nr. 5 (§ 10, stk. 1)

Det foreslås, at den nye lempelsesregel i lovens § 6, stk. 3, vedrørende afgivelse af urigtige risikooplysninger, jf. lovforslagets § 1, nr. 4, ikke ved aftale kan fraviges til skade for forsikringstageren eller den sikrede.

Der henvises til kapitel 5.3. ovenfor og bemærkningerne til lovforslagets § 1, nr. 4.

Til nr. 6 (§§ 12-17)

Til § 12

Det foreslås, at præmien først skal betales, efter at forsikringsselskabet har opkrævet præmien hos forsikringstageren, f.eks. ved fremsendelse af girokort. Forsikringstageren har herefter en betalingsfrist på 21 dage, jf. *stk. 1*.

Den foreslåede regel regulerer ikke forfaldstidspunktet for præmien, som må fastlægges i overensstemmelse med den enkelte forsikringsaftale, hvor det f.eks. kan bestemmes, at præmien forfalder til betaling hvert år den 1. januar, således at forsikringsselskabet kan kræve præmien betalt pr. denne dato. Den foreslåede regel er ikke til hinder for, at forsikringsselskabet i et sådant tilfælde giver påkrav om betaling af præmien inden forfaldstiden, når blot forsikringstageren får en betalingsfrist på 21 dage, og præmien ikke kræves betalt inden forfaldstiden.

I overensstemmelse med forsikringsaftalelovens § 33 skal betalingsfristen på 21 dage regnes fra det tidspunkt, hvor påkravet er modtaget af forsikringstageren. Fristen begynder derimod at løbe, uanset om forsikringstageren har fået kundskab om påkravet.

Det foreslås, at reglen ved forbrugerforsikring ikke skal kunne fraviges til skade for forsikringstageren eller sikrede, jf. forslaget til lovens § 17, stk. 1.

I praksis betales præmien i vidt omfang ved løbende betalingsoverførsler via pengeinstitutter, f. eks. ved at forsikringstageren har tilmeldt præmiebetalingen til Pengeinstitutternes Betalingsservice (PBS). I disse tilfælde modtager forsikringstageren en betalingsoversigt fra PBS, der viser, hvilke betalinger der vil blive gennemført i den kommende periode. Afhængig af tidspunktet for betalingen til forsikringsselskabet vil denne betalingsoversigt kunne komme frem til forsikringstageren væsentligt senere end 21 dage, før betalingen sker. Endvidere sender forsikringsselskabet endvidere i disse tilfælde normalt ingen særskilt opkrævning til forsikringstageren.

Der er her tale om betalingsordninger, som forsikringstageren selv har tilmeldt sig, og som i

praksis medvirker til at sikre, at forsikringstageren ikke ved en fejl undlader at betale præmien. Det foreslås på denne baggrund, at der bliver mulighed for at fravige den foreslåede § 12, stk. 1, som led i en løbende aftale om betaling af præmien ved betalingsoverførsel, jf. forslaget til lovens § 17, stk. 1, 2. pkt. Den ovenfor beskrevne fremgangsmåde ved betaling af præmien via PBS vil således kunne opretholdes.

Den foreslåede *stk. 2* svarer til den gældende § 14, stk. 3, i forsikringsaftaleloven.

Der henvises til kapitel 6.3. ovenfor.

Til § 13

Det foreslås, at selskabet ligesom i dag kan opsige forsikringsaftalen ved manglende eller for sen betaling af præmien, jf. *stk. 1*. Der foreslås dog længere opsigelsesfrister mv. end dem, der gælder i dag, ligesom selskabets opsigelse samtidig får karakter af en påmindelse, idet opsigelsen først får virkning, hvis præmien ikke betales i løbet af opsigelsesperioden.

Opsigelse kan tidligst ske, dvs. sendes fra selskabet, 14 dage efter udløbet af den almindelige betalingsfrist i henhold til forslaget til lovens § 12, stk. 1. Opsigelse kan herefter ske med den virkning, at forsikringsaftalen og dermed forsikringsdækningen ophører, hvis præmien ikke betales senest 21 dage efter opsigelsen. Denne frist må i overensstemmelse med forsikringsaftalelovens § 33 regnes fra det tidspunkt, hvor opsigelsen er modtaget af forsikringstageren.

Det foreslås i *stk. 2*, at opsigelsen udtrykkeligt skal angive, at forsikringsaftalen ophører, hvis præmien ikke betales inden den fastsatte frist. Opsigelsen skal endvidere oplyse om muligheden for at bringe forsikringsaftalen til at løbe på ny efter forslaget til § 14. Opsigelsesfristen på 21 dage, jf. stk. 1, regnes først fra det tidspunkt, hvor disse oplysninger er givet, dvs. modtaget af (men ikke nødvendigvis kommet til kundskab hos) forsikringstageren, jf. lovens § 33.

Har forsikringsselskabet i første omgang undladt at give de krævede oplysninger, må selskabet således som udgangspunkt sende en ny opsigelse med de nævnte oplysninger til forsikringstageren. Fra modtagelsen heraf har forsikringstageren herefter 21 dage til at betale præmien, inden forsikringsaftalen ophører.

Der henvises til kapitel 6.3. ovenfor.

Til § 14

Den foreslåede regel indebærer, at forsikringstageren i særlige tilfælde får mulighed for at bringe forsikringsaftalen til at løbe på ny, selv om selskabet i overensstemmelse med forslaget til lovens § 13 har opsagt forsikringsaftalen som følge af manglende præmiebetaling, og opsigelsesfristen er udløbet, uden at præmien er betalt

Adgangen til at genoplive forsikringen gælder dog kun, hvis den manglende betaling skyldes uforudsete undskyldelige hindringer, dvs. betalingshindringer, der ikke kan bebrejdes forsikringstageren, og hvor der samtidig er tale om sådanne særligt undskyldende omstændigheder, at risikoen for den for sene præmiebetaling ikke bør påhvile forsikringstageren. Det kan f.eks. være pludselig alvorlig sygdom hos forsikringstageren eller dennes nære pårørende, som i realiteten har hindret den pågældende i selv at betale præmien eller sørge for, at andre betalte præmien på hans eller hendes vegne. Forsikringstagerens pludselige pengemangel, f.eks. som følge af arbejdsløshed, giver derimod ikke adgang til at genoplive forsikringen.

Efter den foreslåede regel løber forsikringsaftalen (og dermed forsikringsdækningen) på ny fra dagen efter, at betaling sker. Er den manglende præmie f.eks. betalt den 1. juni, løber forsikringen på ny fra døgnets begyndelse den 2. juni. Hvis præmien indbetales til et pengeinstitut her i riget, anses betaling for at være sket ved indbetaling til pengeinstituttet, jf. princippet i forslaget til lovens § 15, stk. 1.

Forsikringstageren skal for at bringe forsikringsaftalen til at løbe på ny betale den fulde manglende præmie inkl. eventuelle renter og omkostninger (rykkergebyr, inkassoomkostninger mv.), selv om dette indebærer, at han eller hun derved kommer til at betale præmie for en periode, hvor der ikke har været forsikringsdækning.

Præmien mv. skal betales uden ugrundet ophold, efter at betalingshindringen er ophørt. Betaling skal dog under alle omstændigheder ske senest 3 måneder efter udløbet af opsigelsesfristen efter forslaget til lovens § 13, stk. 1. Indbetaling til et pengeinstitut her i landet anses for rettidig, hvis den er sket inden for 3-måneders fristen, jf. forslaget til lovens § 15, stk. 1.

Hvis den foreslåede genoplivningsregel finder anvendelse, løber forsikringsaftalen videre, som om der ikke havde været en præmierestance (løber på ny). Er forsikringsaftalen indgået for en bestemt periode, f.eks. 1 år, udløber forsikringen således på det oprindeligt aftalte tidspunkt. Det er derfor tillige en betingelse for at anvende genoplivningsreglen, at præmien mv. betales inden udløbet af den oprindeligt aftalte forsikringsperiode. Dette har navnlig betydning for de såkaldte korttidsforsikringer, dvs. forsikringer, som dækker en særligt opstået risiko, der kun strækker sig over et begrænset tidsrum, f.eks. rejseforsikringer.

Forsikringsaftalen løber som udgangspunkt videre på de oprindelige vilkår, hvilket bl.a.

indebærer, at §§ 4-10 om forsikringstagerens oplysningspligt ved forsikringens tegning som udgangspunkt ikke finder anvendelse med hensyn til eventuelle ændringer i selskabets risiko. Dette spørgsmål reguleres i stedet af reglerne om fareforøgelse i forsikringstiden. Særligt med hensyn til ansvarsforsikring for motordrevne køretøjer henvises til bemærkningerne nedenfor til forslaget til lovens § 17.

Der henvises til kapitel 6.3. ovenfor.

Til § 15

Det foreslås, at indbetaling af præmien til pengeinstitut her i landet, bortset fra Grønland, skal anses for rettidig, hvis betaling sker inden for de frister, der fremgår af forslaget til lovens §§ 12-14, jf. *stk. 1*.

Reglen svarer til tinglysningslovens § 42 a, stk. 1, og kreditaftalelovens § 25. Dette indebærer bl.a., at det er forsikringsselskabet, der bærer risikoen for, at betalingen efter indbetaling til pengeinstituttet forsinkes, mens det er forsikringstageren, der bærer riskoen for, at betalingen slet ikke kommer frem. Hvis selskabet ikke modtager betalingen, må forsikringstageren således betale på ny, men vil i almindelighed kunne rette et krav mod pengeinstituttet som følge af den manglende gennemførelse af betalingen.

Det foreslåede *stk. 2* svarer med redaktionelle ændringer til de gældende § 13, stk. 2, og § 14, stk. 2, i forsikringsaftaleloven.

Der henvises til kapitel 6.3. ovenfor.

Til § 16

Den foreslåede regel svarer med redaktionelle ændringer til den gældende § 16 i forsikringsaftaleloven.

Til § 17

Det foreslås, at reglerne i forslaget til lovens §§ 12-16 om præmiebetaling mv. ved forbrugerforsikring ikke ved aftale kan fraviges til skade for forsikringstageren eller sikrede, jf. *stk. 1*. Der henvises om begrebet forbrugerforsikring til forslaget til lovens § 2, stk. 4 (lovforslagets § 1, nr. 1, og bemærkningerne hertil).

Reglerne kan derimod fraviges ved eller i henhold til lov. Dette indebærer bl.a., at § 208, stk. 1, i lov om forsikringsvirksomhed, hvorefter selskabet ikke kan opsige en

bygningsbrandforsikring som følge af manglende præmiebetaling, fortsat finder anvendelse.

Det samme gælder reglerne i §§ 14-16 i bekendtgørelse nr. 1171 af 16. december 1992 om ansvarsforsikring for motordrevne køretøjer mv.[1] Det fremgår heraf bl.a., at forsikringsselskabet først kan sende en ophørsmeddelelse som følge af manglende præmiebetaling til Centralregistret for Motorkøretøjer således, at meddelelsen er centralregistret i hænde 2½ måned, efter at præmien forfaldt til betaling. Uanset forsikringens ophør hæfter selskabet i forhold til tredjemand for skader, der indtræder indtil 4 uger efter, at forsikringen er ophørt, eller, hvis forsikringen er ophørt, inden centralregistret modtager ophørsmeddelelsen, indtil 4 uger efter modtagelsen af denne meddelelse.

Når Centralregistret for Motorkøretøjer har modtaget en ophørsmeddelelse, og det konstateres, at køretøjet ikke er afmeldt, og at der ikke er tegnet en ny forsikring, inddrages køretøjets nummerplader. Hvis Centralregistret efterfølgende får meddelelse om, at der er tegnet en ny forsikring, tilbagekaldes inddragelsen af nummerpladerne, hvis den faktiske inddragelse endnu ikke er sket. Er nummerpladerne faktisk inddraget, skal køretøjet indregistreres på ny.

Den foreslåede genoplivningsregel i lovens § 14 vedrører alene forsikringen og indebærer ingen ændringer af ovennævnte fremgangsmåde i forbindelse med inddragelse af nummerpladerne. Forsikringstageren kan således ved at betale den manglende præmie mv. genoplive forsikringen efter den foreslåede § 14, men er køretøjets nummerplader blevet inddraget, skal der ske en ny registrering af køretøjet.

Det bemærkes, at der mellem samtlige forsikringsselskaber med koncession til at tegne ansvarsforsikring for motorkøretøjer er indgået en aftale om behandlingen af præmierestancer mv. Det fremgår heraf bl.a., at tegning af en ny forsikring (herunder genoptagelse af forsikringen), efter at den oprindelige forsikring er slettet på grund af præmierestance (dvs. at der er sendt ophørsmeddelelse til Centralregistret for Motorkøretøjer), skal ske på skærpede vilkår, dvs. at præmiebetaling i henhold til den nye forsikring skal ske helårsvis forud i mindst 2 år. Der er ikke med lovforslaget tilsigtet ændringer i selskabets muligheder for i denne særlige situation at fastsætte de nævnte skærpede vilkår.

Det foreslås endvidere, at forslaget til lovens § 12, stk. 1, om betalingspåkrav og betalingsfrist kan fraviges som led i en løbende aftale om betaling af præmien ved betalingsoverførsel, jf. *stk. 1, 2. pkt*. Der henvises til bemærkningerne til den foreslåede § 12, stk. 1.

Efter det foreslåede *stk. 2* kan det endvidere aftales, at forsikringen ophører, hvis den første præmie ikke betales inden for en rimelig frist efter selskabets påkrav om betaling. En betalingsfrist på en uge må i almindelighed anses for rimelig, men f.eks. ved visse korttidsforsikringer f.eks. kortvarige rejseforsikringer vil fristen kunne være kortere.

Er der indgået en sådan aftale vedrørende betaling af den første præmie, regnes 3-måneders fristen i den foreslåede genoplivningsregel (forslaget til lovens § 14) fra tidspunktet for forsikringsaftalens ophør. Som anført i bemærkningerne til den foreslåede § 14 forudsætter anvendelse af genoplivningsreglen dog tillige, at den manglende præmie mv. er betalt inden udløbet af den oprindeligt aftalte forsikringstid.

Efter det foreslåede *stk. 3* gælder § 16 ikke for livsforsikringer, hvilket svarer til gældende ret, jf. § 17, 2. pkt., i forsikringsaftaleloven.

Generelt gælder det, at reglerne om opsigelse mv. af forsikringen ikke uden videre finder anvendelse ved livsforsikringer, jf. forsikringsaftalelovens § 101. Efter § 101 indebærer bortfald af forsikringsselskabets ansvar ved livsforsikringer ikke nødvendigvis, at forsikringsaftalen fuldstændig ophører, idet forsikringen i visse tilfælde vil kunne omskrives til en fripolice (præmiefri forsikring), eller forsikringstageren vil kunne kræve tilbagekøbsværdien udbetalt. Der henvises til kapitel 6.1.1. ovenfor.

Hvis forsikringen f.eks. kan omskrives til en fripolice som følge af manglende præmiebetaling, vil der fortsat være forsikringsdækning i henhold til fripolicen (f.eks. med den forsikringssum, der kan opnås med de hidtil indbetalte præmier). § 13 om opsigelse og ophør af forsikringsdækningen og genoplivningsreglen i § 14 vil således i denne situation vedrøre selskabets ansvar i henhold til den oprindelige forsikringsaftale, mens forsikringsdækningen ikke fuldstændigt vil bortfalde.

Der henvises til kapitel 6.3. ovenfor.

Til nr. 7 (§ 24, stk. 2)

Det foreslås, at § 24, stk. 2, ændres i overensstemmelse med ændringen af rentelovens § 5, stk. 1-2, ved lov nr. 379 af 6. juni 2002. Renteniveauet ved forrentning af krav på forsikringsydelsen vil således som hidtil svare til den almindelige morarente efter renteloven.

Der henvises til kapitel 9.3. ovenfor.

Til nr. 8 (§ 24, stk. 4)

Det foreslåede stk. 4 indebærer, at reglerne i forsikringsaftalelovens § 24, stk. 1-3, om betaling og forrentning af sikredes krav på forsikringsydelsen ikke gælder for skadelidtes krav mod skadevolderens ansvarsforsikringsselskab.

Det gælder tilfælde, hvor skadelidte har et direkte krav mod ansvarsforsikringsselskabet. Enten

fordi selskabet hæfter umiddelbart over for skadelidte, f.eks. efter færdselslovens § 108, stk. 1, og hundelovens § 8, stk. 2, eller fordi skadelidte i medfør af forsikringsaftalelovens § 95 har et direkte krav mod forsikringsselskabet, f.eks. hvis skadelidte har fået dom for sit krav mod skadevolderen, eller hvis skadevolderen har anerkendt skadelidtes erstatningskrav. I disse tilfælde forrentes skadelidtes krav mod skadevolderens ansvarsforsikringsselskab således efter de samme regler, som gælder for skadelidtes krav mod skadevolderen, dvs. efter erstatningsansvarslovens § 16 (personskade mv.) og renteloven (andre krav).

Der henvises til kapitel 9.3. ovenfor.

Til nr. 9 (§ 25)

Det foreslås, at selskabet får en udtrykkelig pligt til at vejlede sikrede om retten til at kræve acontobetaling efter § 24, stk. 1, 2. pkt.

Forsikringsselskabet har allerede i dag en vis vejledningspligt, jf. kapitel 9.1. ovenfor, men den foreslåede regel indebærer, at selskabet i alle tilfælde skal gøre sikrede opmærksom på muligheden for at kræve acontobetaling.

Det foreslås, at vejledningen skal gives senest tre måneder efter anmeldelse af forsikringsbegivenheden, medmindre sikredes krav inden da fuldt ud er afvist eller imødekommet af selskabet. Har selskabet kun taget stilling til en del af det rejste krav, skal der således vejledes om retten til acontobetaling. Selskabet skal også vejlede om retten til acontobetaling, selv om sikrede endnu ikke har fremsat et konkret krav på forsikringsydelsen.

Vejledningen skal gives *senest* tre måneder efter anmeldelse af forsikringsbegivenheden. Der er således ikke noget til hinder for, at selskabet i alle tilfælde orienterer om muligheden for at kræve acontobetaling straks efter forsikringsbegivenhedens anmeldelse (medmindre selskabet straks imødekommer eller afviser kravet), f.eks. i forbindelse med, at selskabet anerkender modtagelsen af skadesanmeldelsen.

Efter den foreslåede regel kan selskabet undlade at vejlede om retten til at kræve acontobetaling, hvis det må anses for *åbenbart*, at der ikke kan opstå spørgsmål om at kræve acontobetaling, jf. *2. pkt.* Det kan f.eks. være tilfældet ved visse forsikringstyper, hvor forsikringen er udformet sådan, at der enten skal ske udbetaling af hele forsikringssummen eller slet ikke ske udbetaling. Et eksempel herpå er forsikring mod kritisk sygdom , hvor udbetaling af forsikringssummen er afhængig af, at den forsikrede lider af en bestemt sygdom. Selskabet kan efter omstændighederne også i andre tilfælde undlade at vejlede om retten til at kræve acontobetaling, hvis det i det konkrete tilfælde er åbenbart, at der ikke heller ikke på et senere tidspunkt kan opstå spørgsmål om acontobetaling.

Den foreslåede regel indeholder ingen formkrav til forsikringsselskabets vejledning af sikrede, som således efter omstændighederne også vil kunne ske telefonisk. Selskabet skal blot kunne dokumentere, at vejledningen er givet.

Hvis selskabet undlader at vejlede om retten til at kræve acontobetaling, vil sikrede kunne kræve sig stillet, som om han eller hun havde fremsat krav om acontobetaling. Dette indebærer, at den del af forsikringsydelsen, som kunne have været opgjort på et tidligere tidspunkt, kan kræves forrentet efter § 24, stk. 2, dvs. fra 14 dage efter, at acontobeløbet kunne have været opgjort. Dette svarer til gældende ret, i det omfang selskabet antages at have en vejledningspligt og undlader at opfylde denne, jf. UfR 2001.352 H.

Den foreslåede pligt til at orientere om retten til at kræve acontobetaling omfatter ikke skadelidtes eventuelle direkte krav mod skadevolderens ansvarsforsikringsselskab (dvs. hvor selskabet hæfter umiddelbart over for skadelidte, f.eks. efter færdselslovens § 108, stk. 1, eller hvor skadelidte i medfør af forsikringsaftalelovens § 95 har et direkte krav mod forsikringsselskabet), idet forsikringsaftalelovens § 24 ikke finder anvendelse i disse tilfælde, jf. forslaget til lovens § 24, stk. 4 (lovforslagets § 1, nr. 8).

Der henvises til kapitel 9.3. ovenfor.

Til nr. 10 (§ 29, stk. 2)

Det foreslås, at § 29 ikke skal gælde for skadelidtes krav mod selskabet ved ansvarsforsikringer, hvor selskabet hæfter umiddelbart over for skadelidte, f.eks. efter færdselslovens § 108, stk. 1. Skadelidtes krav mod selskabet forældes i stedet efter de samme regler som den pågældendes krav mod skadevolderen, dvs. som udgangspunkt 1908-loven og DL 5-14-4. Hermed undgås det, at skadelidtes krav mod ansvarsforsikringsselskabet er forældet, mens kravet mod skadevolderen fortsat består.

Der henvises til kapitel 10.3. ovenfor.

Til nr. 11-12 (§ 32, stk. 3)

Det foreslås, at det udtrykkeligt kommer til at fremgå af forsikringsaftaleloven, at sikrede kan få dækket rimelige og nødvendige udgifter til advokatbistand i forbindelse med udenretlig fremsættelse og opgørelse af sit krav mod selskabet. Det samme gælder skadelidte i de tilfælde, hvor han eller hun har et direkte krav mod skadevolderens ansvarsforsikringsselskab (enten fordi selskabet hæfter umiddelbart over for skadelidte, eller fordi betingelserne i forsikringsaftalelovens § 95 er opfyldt).

Udgifterne til advokatbistand i forbindelse med sagsanlæg mv. omfattes ikke af den foreslåede regel, men må afgøres efter reglerne herom i retsplejeloven. Den foreslåede regel omfatter heller ikke dækning af advokatomkostninger i henhold til en retshjælpsforsikring.

Der tilsigtes med den foreslåede regel ingen ændring af den gældende retstilstand med hensyn til, i hvilket omfang sikrede kan kræve sine udgifter til advokatbistand dækket. Det skal således som hidtil afgøres efter en konkret vurdering ud fra kravets omfang og beskaffenhed, om det har været rimeligt og nødvendigt, at sikrede/skadelidte har søgt advokatbistand. I givet fald erstattes udgifterne til et rimeligt arbejdsvederlag beregnet ud fra det antal timer, der med rimelighed må antages at have været nødvendigt for gennemførelse og opgørelse af det konkrete krav.

Den foreslåede regel udelukker ikke, at der som hidtil efter omstændighederne kan ydes erstatning for sikredes/skadelidtes udgifter til bistand fra andre sagkyndige, f.eks. byggeteknikere. Det er heller ikke hensigten at ændre ved, at hver part som udgangspunkt bærer egne omkostninger i forbindelse med behandlingen af sager i Ankenævnet for Forsikring, jf. § 11 i Ankenævnets vedtægter.

Det forudsættes, at forsikringsselskabet ligesom i dag i fornødent omfang gør sikrede/ skadelidte opmærksom på muligheden for at få erstattet udgifterne til advokatbistand.

Der henvises til kapitel 9.3. ovenfor.

Til nr. 13 (§ 33)

Forslaget er en konsekvensændring som følge af de foreslåede nye regler om præmiebetaling, jf. forslaget til lovens §§ 12-17 (lovforslagets § 1, nr. 6).

Til nr. 14 (§ 51, stk. 2)

Det foreslås, at den særlige regel i § 51, stk. 2, hvorefter forsikringsselskabet i visse tilfælde kan opsige forsikringen som følge af tilsidesættelse af en sikkerhedsforholdsregel, selv om der ikke er hjemmel hertil i forsikringsaftalen, ophæves.

Der henvises til kapitel 12.3. ovenfor.

Til nr. 15 (§ 95)

Flertallets forslag :

Det foreslås, at det udtrykkeligt kommer til at fremgå af § 95, at skadelidte i tilfælde af skadevolderens/sikredes konkurs har et direkte krav mod skadevolderens ansvarsforsikringsselskab, jf. *1. pkt*. Dette er i overensstemmelse med gældende ret, jf. UfR 2001.1303 H. Det foreslås samtidig præciseret, at dette også gælder, hvis skadevolderen har fået tvangsakkord eller gældssanering, idet skadelidte heller ikke i disse tilfælde har mulighed for at få sit fulde erstatningskrav betalt af skadevolderen.

Den foreslåede regel omfatter skadelidtes krav på erstatning, hvis kravet er omfattet af skadevolderens konkurs, tvangsakkord eller gældssanering. Om dette er tilfældet, må afgøres efter reglerne i konkursloven og almindelige formueretlige principper. Efter konkurslovens § 38 omfatter konkursen som udgangspunkt de fordringer mod skyldneren, der er stiftet før konkursdekretets afsigelse. Tilsvarende omfatter en tvangsakkord de fordringer, der er stiftet inden akkordforhandlingens åbning, jf. konkurslovens § 158, stk. 1, og en gældssanering de fordringer, der er stiftet inden gældssaneringssagens indledning, jf. konkurslovens § 199, stk. 1.

Skadelidte kan rejse et direkte krav mod forsikringsselskabet, når der efter reglerne i konkursloven er afsagt konkursdekret, eller skadevolderen/sikrede har fået tvangsakkord eller gældssanering.

Skadelidte kan i det omfang den pågældendes krav er udækket rette sit fulde erstatningskrav mod forsikringsselskabet, jf. *2. pkt.* Dette gælder, selv om skadelidtes krav mod skadevolderen f.eks. nedsættes som led i en tvangsakkord. Dette er i overensstemmelse med gældende ret, jf. UfR 2001.1285 H.

Ligesom efter det gældende stk. 1 indtræder skadelidte efter det foreslåede nye stk. 2 i sikredes ret imod selskabet. Dette indebærer bl.a., at forsikringsselskabet også i tilfælde af skadevolderens konkurs mv. kan gøre de samme indsigelser gældende over for skadelidte som over for skadevolderen/sikrede.

For at sikre at skadevolderen/sikrede får lejlighed til at redegøre for sin opfattelse af erstatningsspørgsmålet, foreslås det, at forsikringsselskabet uden ugrundet ophold skal underrette den pågældende om, at selskabet har modtaget et krav på erstatning, jf. *3. pkt*. Som efter den gældende § 95, stk. 1, kan selskabet imidlertid ikke med bindende virkning for sikrede anerkende skadelidtes erstatningskrav.

Der henvises til kapitel 14.3. ovenfor.

Mindretallets forslag:

Der henvises til kapitel 14.3. ovenfor.

Til nr. 16 (§ 119, stk. 2 et mindretals forslag):

Reglen indeholder en ufravigelig regel, der forbyder anvendelsen af viljeskravet på den måde, det sker i dag i den traditionelle ulykkesdefinition. Heraf følger det, at selskaberne heller ikke kan anvende begrebet tilfældig , der i definitionens forstand nærmest må anses for synonymt med uafhængig af forsikredes vilje . Reglen indebærer, at den private ulykkesforsikrings vilkår bringes i overensstemmelse med lovens § 18, stk. 1. Dette præciseres i forslagets 2. pkt.

Til § 2

Det foreslås, at loven træder i kraft den ..., jf. *stk. 1*.

Det foreslås endvidere, at de nye regler finder anvendelse på forsikringsaftaler, der indgås eller forlænges efter lovens ikrafttræden, jf. *stk. 2*. De foreslåede nye regler om præmiebetaling (forslaget til lovens §§ 12-17, jf. lovforslagets § 1, nr. 6) vil således også gælde for aftaler, der forlænges umiddelbart efter lovens ikrafttræden, selv om dette måtte indebære, at selskabets betalingsanmodning efter forslaget til lovens § 12 vil blive sendt til forsikringstageren inden lovens ikrafttræden,

En række forsikringer, herunder forbrugerforsikringer og ulykkes- og sygeforsikringer, indgås normalt for et år ad gangen, således at forsikringen fornys, medmindre den forinden opsiges af en af parterne. Forsikringer, der er tegnet før lovens ikrafttræden, vil således ikke være omfattet af de nye regler, før forsikringen eventuelt forlænges.

Livsforsikringer tegnes derimod ikke for en bestemt periode med mulighed for forlængelse, men er i princippet livsvarige . En allerede indgået livsforsikringsaftale vil således ikke blive forlænget efter lovens ikrafttræden, og medmindre der indføres særlige overgangsregler for livsforsikringsaftaler, vil de nye regler alene komme til at gælde for livsforsikringer, der tegnes efter lovens ikrafttræden. Der vil dermed i adskillige år efter lovens ikrafttræden være en række livsforsikringsaftaler, der ikke vil være omfattet af de nye regler.

De foreslåede nye regler indebærer samlet set en række væsentlige forbedringer for forsikringstagerne og de sikrede, og det vil efter udvalgets opfattelse være uhensigtsmæssigt, hvis disse forbedringer først om adskillige år slår igennem på livsforsikringsområdet. På denne baggrund foreslås det, at de regler, der har relevans for livsforsikringsområdet, også skal gælde for allerede indgåede livsforsikringsaftaler, jf. *stk. 3*.

Det foreslås således, at de nye regler for så vidt angår allerede indgåede livsforsikringsaftaler vil gælde for forsikringsbegivenheder, der indtræder efter lovens ikrafttræden. Den foreslåede begrundelsesregel (forslaget til lovens § 3 b, jf. lovforslagets § 1, nr. 3), vil dog gælde for

opsigelse, der sker dvs. sendes fra selskabet efter lovens ikrafttræden. De nye regler om præmiebetaling (forslaget til lovens §§ 12-17, jf. lovforslagets § 1, nr. 6) vil gælde for præmie, der forfalder til betaling efter lovens ikrafttræden.

Udvalget har ved udformningen af det ovennævnte forslag taget udgangspunkt i, at indførelsen af regler, der omfatter allerede indgåede forsikringsaftaler, kan give anledning til principielle overvejelser, og derfor kun bør ske, hvis særlige grunde taler herfor. Som det fremgår af det ovenfor anførte, finder udvalget, at sådanne særlige grunde i hvert fald gør sig gældende på livsforsikringsområdet.

Der er dog under udvalgets arbejde blevet peget på nogle hensyn, der kan tale for eventuelt at gå endnu videre i retning af at lade de nye regler gælde generelt også for allerede indgåede forsikringsaftaler. Der er i den forbindelse navnlig anført, at det for forsikringsselskaberne vil være administrativt uhensigtsmæssigt og generelt fordyrende, hvis selskaberne i en længere periode skal opretholde to forskellige præmieopkrævningssystemer mv., og at der også på skadesforsikringsområdet findes aftaler, der indgås for (væsentligt) mere end 1 år ad gangen. Hertil kommer, at de nye regler generelt har til formål at styrke retsstillingen for forsikringstagerne og de sikrede.

Til § 3

Bestemmelsen vedrører lovens territoriale gyldighed.

23.3. Lovskitse vedrørende forældelse

Som det fremgår af kapitel 10.3. ovenfor, har udvalget udarbejdet en lovskitse, der sammen med Forældelsesudvalgets overvejelser vil kunne danne grundlag for udformningen af de fremtidige regler om forældelse af forsikringskrav.

23.3.1. Lovskitse

A. *§§ 29-30* erstattes af følgende:

Forældelse mv.

§ 29. Krav i anledning af forsikringsaftalen forældes efter reglerne i [forældelsesloven], jf. dog stk. 2-3 og § 30.

Stk. 2. Krav mod selskabet forældes senest [..] år efter, at kravet kan kræves betalt, og fordringshaveren fik kundskab herom, medmindre kravet inden da er gjort gældende over for selskabet. Krav på forsikringsydelsen forældes dog senest [..] år efter forsikringsbegivenhedens

indtræden, medmindre kravet inden da er gjort gældende over for selskabet.
Stk. 3. Ved ansvarsforsikring, hvor selskabet hæfter umiddelbart over for skadelidte, forældes skadelidtes krav mod selskabet efter de samme regler, som gælder for skadelidtes krav mod skadevolderen.

§ 30. Uanset fristerne i § 29, stk. 2, bortfalder krav mod selskabet, hvis der ikke foretages retslige skridt inden udløbet af fristerne i stk. 2-4.
Stk. 2. Afviser selskabet helt eller delvist kravet, skal fordringshaveren inden [..] år fra selskabets meddelelse herom foretage retslige skridt mod selskabet. Indbringelse for Ankenævnet for Forsikring sidestilles med foretagelse af retslige skridt.
Stk. 3. Indbringes kravet for Ankenævnet for Forsikring, og giver Ankenævnet ikke fordringshaveren fuldt medhold, skal denne inden [..] år fra modtagelsen af Ankenævnets kendelse foretage retslige skridt mod selskabet.
Stk. 4. Vil selskabet ikke følge Ankenævnets kendelse, skal fordringshaveren inden [..] år fra meddelelsen herom foretage retslige skridt mod selskabet.
Stk. 5. Selskabet skal i de i stk. 2-4 nævnte tilfælde oplyse fordringshaveren om, hvilke retslige skridt denne skal foretage for at fastholde sit krav og om fristerne herfor. Fristerne i stk. 2-4 begynder ikke at løbe, før fordringshaveren har fået disse oplysninger.

§ 30 a. Ved forbrugerforsikring kan §§ 29-30 kan ikke ved aftale fraviges til skade for forsikringstageren eller sikrede.

23.3.2. Specielle bemærkninger

Til nr. A

Til § 29

Det foreslås, at krav i anledning af forsikringsaftaleloven som udgangspunkt forældes efter dansk rets almindelige forældelsesregler i [forældelsesloven], jf. *stk. 1.* Forslaget indebærer, at forsikringsselskabets krav mod sikrede/forsikringstageren i anledning af forsikringsaftalen, f. eks. krav om tilbagesøgning af for meget udbetalt erstatning, forældes efter [forældelsesloven]. Krav mod selskabet i anledning af forsikringsaftalen forældes ligeledes efter [forældelsesloven], medmindre andet følger af § 29, stk. 2-3, og § 30.

Med hensyn til krav mod selskabet foreslås det i overensstemmelse med den gældende § 29 at den korte forældelsesfrist på [..] år først regnes fra det tidspunkt, hvor kravet kan kræves betalt, og fordringshaveren fik kundskab herom, jf. *stk. 2, 1. pkt.* Forældelsesfristens begyndelsestidspunkt skal således fastlægges på samme måde som begyndelsestidspunkt for den gældende 2-årige forældelsesfrist i § 29, dvs. at fordringshaveren skal have kundskab om

kravet, før forældelsesfristen begynder at løbe, mens det er ikke tilstrækkeligt, at fordringshaveren burde have kendt til kravet. For så vidt angår krav på forsikringsydelsen fremgår det af § 24, stk. 1, at forsikringsydelsen kan kræves betalt 14 dage efter, at selskabet har været i stand til at indhente de oplysninger, der er fornødne til bedømmelse af forsikringsbegivenheden og forsikringsydelsens størrelse, således at forældelsesfristen efter den foreslåede regel begynder at løbe fra dette tidspunkt.

Den foreslåede regel omfatter alle krav mod selskabet i anledning af forsikringsaftalen, dvs. alle krav der vedrører og/eller udspringer af aftalen. Hovedområdet er sikredes krav på forsikringsydelsen og på renter heraf, men den omfatter f.eks. også forsikringstagerens tilbagesøgningskrav som følge af for meget betalt præmie. Reglen har således et videre anvendelsesområde end den gældende § 29. Reglen indebærer ingen ændring af det almindelige udgangspunkt om, at krav på renter forældes sammen med hovedkravet. Er f.eks. kravet på forsikringsydelsen forældet, vil krav på renter heraf som udgangspunkt også være forældet.

Forældelsesfristen afbrydes for så vidt angår krav mod selskabet allerede, når kravet gøres gældende over for forsikringsselskabet, dvs. kommer frem til selskabet, og ikke som i dag først, når der anlægges retssag eller lignende. Der skal være tale om et konkret krav mod selskabet f.eks. på forsikringsydelsen, og det er således ikke tilstrækkeligt at anmelde forsikringsbegivenheden til selskabet.

Med hensyn til krav på forsikringsydelsen foreslås det endvidere, at den absolutte forældelsesfrist på [..] år skal regnes fra forsikringsbegivenhedens indtræden, jf. *stk. 2, 2. pkt.* Forsikringsbegivenheden er den begivenhed, der skal være indtrådt, hvis forsikringen skal dække. Hvad der nærmere skal forstås ved forsikringsbegivenhedens indtræden, afhænger af den enkelte forsikringsaftale. Ved en ulykkesforsikring er forsikringsbegivenheden i almindelighed ulykke eller ulykkestilfælde . Efter forslaget regnes den absolutte forældelsesfrist på [..] år herefter fra tidspunktet for ulykken, således at krav på erstatning, der rejses mere end [..] år efter ulykken, er forældet. Den absolutte forældelsesfrist for andre krav end krav på forsikringsydelsen, fremgår af de almindelige regler i [forældelsesloven], jf. stk. 1.

Med hensyn til ansvarsforsikringer, hvor ansvarsforsikringsselskabet hæfter umiddelbart over for skadelidte, f.eks. efter færdselslovens § 108, stk. 1, foreslås det endvidere, at skadelidtes krav mod selskabet i det hele forældes efter de samme regler, som gælder for skadelidtes krav mod skadevolderen, dvs. som udgangspunkt efter reglerne i [forældelsesloven]. Hermed undgås det, at skadelidtes krav mod ansvarsforsikringsselskabet er forældet, mens kravet mod skadevolderen fortsat består.

Der henvises til kapitel 10.3. ovenfor.

Til § 30

Den foreslåede bestemmelse indebærer, at der når kravet er gjort gældende over for selskabet, og forældelsesfristen dermed er afbrudt gælder faste og klare frister for fordringshaverens foretagelse af retslige skridt mod selskabet for at fastholde sit krav. Selv om forældelsesfristen efter § 29 er afbrudt ved, at kravet er rejst over for selskabet, skal fordringshaveren således stadig overholde fristerne i den foreslåede § 30 for at fastholde sit krav, jf. *stk. 1*.

Hvis selskabet helt eller delvist afviser fordringshaverens krav, foreslås det, at sikrede inden [..] år fra selskabets meddelelse herom skal foretage retslige skridt mod selskabet, jf. *stk. 2*. Det er samtidig præciseret, at indbringelse af kravet for Ankenævnet for Forsikring sidestilles med foretagelse af retslige skridt, hvilket er i overensstemmelse med gældende ret.

Hvis Ankenævnet ikke giver fordringshaveren fuldt medhold, foreslås det tilsvarende, at den pågældende inden [..] år fra modtagelsen af Ankenævnets kendelse skal foretage retslige skridt mod selskabet, jf. *stk. 3*.

Efter Ankenævnets vedtægter kan forsikringsselskabet inden 30 dage efter kendelsens afsendelse skriftligt meddele nævnet, at selskabet ikke ønsker at være bundet af kendelsen. Det foreslås, at fordringshaveren i givet fald skal foretage retslige skridt mod selskabet inden [..] år efter, at han eller hun har fået meddelelse om, at selskabet ikke vil følge nævnets afgørelse, jf. *stk. 4*. Fristen begynder at løbe, uanset om fordringshaveren modtager meddelelsen fra Ankenævnet eller fra forsikringsselskabet.

Retslige skridt i stk. 2-4 skal forstås på samme måde som i 1908-lovens § 2, dvs. først og fremmest sagsanlæg og som nævnt ovenfor indbringelse for Ankenævnet for Forsikring. Selv om fordringshaveren f.eks. har anlagt retssag inden for den foreslåede [..]-års frist, forudsættes det i overensstemmelse med [1908-lovens § 2], at den pågældende efter sagsanlægget uden ufornødent ophold forfølger sit krav til erhvervelse af forlig, dom mv., således at kravet i modsat fald bortfalder.

De i stk. 2-4 nævnte meddelelser mv. får i overensstemmelse med princippet i forsikringsaftalelovens § 33, stk. 1, først virkning, når de modtages af forsikringstageren eller sikrede, medmindre den manglende modtagelse skyldes undladelse af at anmelde flytning eller andre forhold hos modtageren. De foreslåede frister for foretagelse af retslige skridt mod selskabet regnes således fra forsikringstagerens/sikredes modtagelse af den pågældende meddelelse mv. fra selskabet. Fristerne begynder også at løbe, hvis forsikringstageren/sikrede modtager den fornødne vejledning direkte fra Ankenævnet for Forsikring i forbindelse med Ankenævnets orientering om sin afgørelse.

Det foreslås i *stk. 5*, at forsikringsselskabet løbende skal vejlede fordringshaveren om, hvilke

retslige skridt den pågældende skal foretage for at fastholde sit krav og om fristerne herfor. Denne vejledning skal gives efterhånden, som fordringshaverens behov herfor bliver aktuelt. I forbindelse med selskabets afvisning af sikredes kravet, skal selskabet således samtidig vejlede om, hvilke retslige skridt den pågældende skal foretage for at fastholde sit krav. Indbringes sagen herefter for Ankenævnet for Forsikring, der giver sikrede medhold, men selskabet ikke ønsker at følge Ankenævnets kendelse, skal selskabet vejlede fordringshaveren om, hvad fordringshaveren nu skal gøre for at fastholde sit krav og om fristen herfor.

Fristen for foretagelse af retslige skridt mod selskabet begynder ikke at løbe, før fordringshaveren har fået dvs. modtaget disse oplysninger, enten fra forsikringsselskabet eller fra Ankenævnet for Forsikring.

Der henvises til kapitel 10.3. ovenfor.

Til § 30 a

Det foreslås, at reglerne om forældelse af forsikringskrav i §§ 29-30 ved forbrugerforsikringer ikke ved aftale kan fraviges til skade for forsikringstageren eller sikrede.

Om begrebet forbrugerforsikringer henvises til forslaget til lovens § 2, stk. 4 (lovforslagets § 1, nr. 1, og bemærkningerne hertil).

Der henvises til kapitel 10.3. ovenfor.

---

1. Erstattes pr. 20. januar 2003 af §§ 8-9 i bekendtgørelse nr. 585 af 9. juli 2002 om ansvarsforsikring for motorkøretøjer mv.

JUSTITSMINISTERIET
Lovafdelingen

CTN00268
J.nr. 1998-703-0035
Den 9. februar 1999

KOMMISSORIUM

Udvalget om revision af forsikringsaftaleloven

Folketinget har ved vedlagte beslutning af 18. december 1998 pålagt justitsministeren at nedsætte et udvalg om revision af forsikringsaftaleloven.

I overensstemmelse med folketingsbeslutningen har udvalget to opgaver.

Udvalget skal for det første vurdere, hvilke lovgivningsmæssige ændringer der bør foretages, for at man i forbindelse med sygdomsforsikringer m.v. kan give forsikringstagere en rimelig beskyttelse i tilfælde, hvor det senere viser sig, at forsikringstageren allerede var syg, da forsikringen blev tegnet. Udvalgets overvejelser skal koncentreres om tilfælde, hvor der er tegnet forsikring mod sygdom, som opstår efter forsikringens ikrafttræden, og hvor forsikringstageren har givet fyldestgørende helbredsoplysninger i forbindelse med tegningen og i øvrigt har været i god tro.

Udvalget skal ved sin vurdering af dette spørgsmål inddrage de synspunkter og løsningsmuligheder, der er anført i bemærkningerne til det pågældende beslutningsforslag (vedlagt). En lovgivningsmæssig løsning bør ikke medføre, at det generelt bliver vanskeligere for personer med vage sygdomstegn at tegne forsikring, eller at det generelt bliver vanskeligere at forsikre sig mod sygdomme, der typisk ikke giver klare symptomer før sent i forløbet.

Denne del af udvalgets arbejde skal afsluttes i 1999, således at det vil være muligt at fremsætte lovforslag om dette spørgsmål i folketingsåret 1999-2000.

Udvalgets anden opgave er at gennemgå hele forsikringsaftaleloven med henblik på en generel revision.

Udvalget bør overveje, om lovens regulering af forsikringsaftalen er tilfredsstillende ud fra en nutidig vurdering af hensynet til forsikringstagerne. Det bør således lægges til grund for udvalgets arbejde, at loven fortsat skal have karakter af en beskyttelseslov i forhold til forsikringstagerne. Udvalget bør i forbindelse hermed også overveje, om det eventuelt vil være hensigtsmæssigt at udforme særlige regler - muligvis en særlig lov - om forbrugerforsikringer.

Udvalget bør endvidere overveje behovet for at modernisere og ajourføre loven, der nu er ca. 70 år gammel. Forsikringsteknikken og den administrative håndtering er på flere områder ændret væsentligt. Der er etableret en række nye forsikringsformer - bl.a. visse kollektive forsikringer - som ikke er reguleret i den gældende lov. Måden at opgøre forsikringserstatninger på er også væsentligt ændret på en række punkter. Det kan endvidere overvejes, om visse bestemmelser i lov om forsikringsvirksomhed eventuelt bør flyttes til forsikringsaftaleloven.

Udvalget skal inddrage de synspunkter, der er anført i bemærkningerne til beslutningsforslaget. Udvalget skal således bl.a. særligt vurdere behovet for ændringer af lovens regler om forældelse af forsikringskrav, selskabets betalingspligt - herunder pligten til at betale rente -, og selskabets hæftelse i tilfælde af, at der er givet urigtige oplysninger i forbindelse med forsikringstegningen.

Udvalget bør også inddrage udenlandske erfaringer, herunder navnlig erfaringerne i andre EU-lande samt de senere års reforminitiativer i de øvrige nordiske lande. I EU har der tidligere været overvejelser om fælles generelle regler om forsikringsaftaler, men Kommissionen har trukket et direktivforslag herom tilbage. Der er i stedet vedtaget visse fælles regler om lovvalg m.v., jf. direktiverne om skadesforsikring.

Udvalget skal på grundlag af sine overvejelser udarbejde forslag til nye lovregler.

Denne del af udvalgets arbejde bør søges afsluttet inden 2002.

Vedtaget af Folketinget ved 2. (sidste) behandling den 18. december 1998

Folketingsbeslutning

om ændring af forsikringsaftaleloven

Folketinget pålægger justitsministeren at nedsætte et udvalg, der skal udarbejde forslag til ændringer af forsikringsaftaleloven med henblik på en præcisering af de regler, der vedrører forsikringsselskabernes ansvar, for så vidt angår ulykkesforsikringer og sygeforsikringer, jf. forsikringsaftalelovens kapitel IV. Med lovændringen bør det enten i forsikringsaftaleloven præciseres, at forsikringsselskabet skal bære risikoen for sygdomme, der endeligt er diagnosticeret i forsikringstiden, selv om sygdommen er opstået og de første symptomer har vist sig før forsikringens tegning, eller der bør anvises andre alternative løsninger, der sikrer større klarhed over, hvilken forsikringsdækning der ydes.

Forslag om ændring af forsikringsaftaleloven i overensstemmelse med ovenstående skal kunne fremsættes i folketingsåret 1999-2000.

Det foreslåede udvalg skal endvidere gennemgå forsikringsaftaleloven generelt med henblik på en samlet revision. Udvalget forventes at kunne afslutte den del af arbejdet inden år 2002.

AX000428

J. H. Schultz Grafisk A/S

Fremsat den 20. oktober 1998 af Anne Baastrup (SF), Birthe Rønn Hornbech (V), Bendt Bendtsen (KF)
Peter Skaarup (DF), Frank Aaen (EL), Tom Behnke (FP) og Jann Sjursen (KRF)

Forslag til folketingsbeslutning

om ændring af forsikringsaftaleloven

Folketinget pålægger justitsministeren at nedsætte et udvalg, der skal udarbejde forslag til ændringer af forsikringsaftaleloven med henblik på en præcisering af de regler, der vedrører forsikringsselskabernes ansvar, for så vidt angår ulykkesforsikringer og sygeforsikringer, jf. forsikringsaftalelovens kap. IV. Med lovændringen bør det enten i forsikringsaftaleloven præciseres, at forsikringsselskabet skal bære risikoen for sygdomme, der endeligt er diagnosticeret i forsikringstiden, selv om sygdommen er opstået og de første symptomer har vist sig før forsikringens tegning, eller andre alternative løsninger, der sikrer større klarhed over, hvilken forsikringsdækning der ydes.

Forslag om ændring af forsikringsaftaleloven i overensstemmelse med ovenstående skal kunne fremsættes i folketingsåret 1999-2000.

Det foreslåede udvalg skal endvidere gennemgå forsikringsaftaleloven generelt med henblik på en samlet revision. Udvalget forventes at kunne afslutte den del af arbejdet inden år 2002.

AX000106

Folketingsåret 1998-99

J. H. Schultz Grafisk A/S

Bemærkninger til forslaget

Indtræder en ulykke eller en sygdom, som er omfattet af forsikringsaftalen, i forsikringstiden, hæfter forsikringsselskabet også for sådanne skadelige følger, som først viser sig senere, jf. forsikringsaftalelovens § 120.

Denne bestemmelse er nu blevet fortolket således af Højesteret i en dom af 29. juni 1998, at forsikringstager ikke er dækket mod en konkret angivet sygdom – sklerose – på trods af, at hun havde givet fuldstændige oplysninger til brug for forsikringstegningen, og at der på det tidspunkt ikke var diagnosticeret sklerose. Forsikringstagers problem var, at en speciallægeerklæring, der i forbindelse med forsikringstegningen i 1979 eksplicit frifandt forsikringstager for mistanke om sklerose, i forbindelse med domsforhandlingen blev underkendt af en lægelig specialist. Eller sagt med andre ord: Risikoen for en forkert speciallægeerklæring påhvilede forsikringstager.

Scleroseforeningen har i sin kritik af dommen påpeget, at det forekommer urimeligt, at forsikringsselskabet på denne måde kan unddrage sig den aftalte forpligtelse til at udbetale forsikringssummen, idet foreningen finder, at forsikringsaftalen bør dække skadelige følger, når endelig diagnose først er stillet i forsikringstiden, altså i selskabets hæftelsesperiode. Foreningen foreslår med andre ord, at der skal indføres et egentligt diagnoseprincip.

Det betyder, at sygdomme, der er opstået før forsikringstiden, men diagnosticeret i forsikringstiden, skal være omfattet af forsikringen. Sygdomme konstateret før forsikringstiden, men først diagnosticeret efter, vil således være omfattet. Omvendt vil sygdomme opstået i forsikringstiden, men først diagnosticeret efter dennes ophør, ikke være omfattet.

Herved ville man opnå at få et klart og gennemskueligt princip, som ville vanskeliggøre forsikringsselskabernes mulighed for at undlade at udbetale forsikringen.

Imidlertid kan en ændring af forsikringsaftaleloven forårsaget af en enkelt dom få vidtrækkende konsekvenser for andre forsikringssituationer. Lektor Ivan Sørensen, Københavns Universitet, har derfor over for Folketingets Retsudvalg foreslået som et mindre indgribende skridt, at man modificerer forsikringsbetingelserne, for så vidt angår sygdommen sklerose, således at diagnoseprincippet kunne indføres her.

Rådet for Dansk Forsikring og Pension har søgt at tage denne idé op, idet rådet overvejer en henstilling til rådets medlemmer, hvor det præciseres, hvorledes anmeldte skader af denne type bør behandles.

Problemet med lektor Ivan Sørensens forslag er, at denne ordning ikke vil omfatte eventuelle udenlandske forsikringsselskaber. Problemet med den ordning, Rådet for Dansk Forsikring og Pension overvejer, er, ud over at også dette forslag kun vedrører danske selskaber, at det kun er en henstilling, som det enkelte selskab ikke vil være forpligtet til at følge.

Forsikringsaftaleloven er en gammel lov, som har en lang række principper, der er godt indarbejdet i domspraksis. Det er derfor vanskeligt at lave konkrete ændringer, uden af disse får afsmittende virkning på andre områder. Forslagsstillerne er derfor veget tilbage fra at foreslå en konkret ændring, men er i stedet indstillet på, at de rejste problemer løses på anden vis.

Omvendt er det forslagsstillernes opfattelse, at der er en lang række problemer i forsikringsaftaleloven, som efter nutidig retsopfattelse må siges at være forældet. Forslagsstillerne har således erfaret, at reglerne om forældelse i lovens § 29 ikke fungerer tilfredsstillende i praksis. Især skulle de volde problemer i personskadesager. Endvidere kan det nævnes, at selskabets renteforpligtelse i lovens § 24 er utidssvarende, at reglerne om præmiens betaling ikke har fungeret i mange år, og at der på dette område mangler nogle sikre retsgarantier for forbrugerne. Et problem er det også, at der ikke findes regler, der regulerer de mange gruppeforsikringer, idet de ikke eksisterede, da den gældende lov blev vedtaget. Endvidere trænger reglerne om urigtige risikooplysninger efter forslagsstillernes opfattelse til et grundigt eftersyn, jf. at disse ofte er genstand for omtale/kritik i medierne. Reglerne om forbrugernes generelle fortrydelsesret bør bedre indarbejdes i loven. Samtidig bør det undersøges, om der er mulighed for at forhindre, at selskaberne formulerer

sig ud af lovens præceptive regler, ligesom det bør overvejes, om der bør optages særlige regler for forbrugere og erhvervsdrivende.

Forslagsstillerne har derfor foreslået, at udvalget skal gennemføre en generel revision af forsikringsaftaleloven.

Forslagsstillerne lægger endelig vægt på, at udvalget får en bred sammensætning, hvor også brugerne får en central placering. I den forbindelse finder forslagsstillerne det naturligt, at der bliver plads til Scleroseforeningen, som på grund af det sygdomsmønster, netop denne sygdom har, er i besiddelse af erfaringer med de problemer, man som forsikringstager ofte løber ind i.

Skriftlig fremsættelse

Anne Baastrup (SF):

Som ordfører for forslagsstillerne tillader jeg mig herved at fremsætte:

Forslag til folketingsbeslutning om ændring af forsikringsaftaleloven.

(Beslutningsforslag nr. B 12).

Jeg henviser i øvrigt til de bemærkninger, der ledsager forslaget, og anbefaler det til Tingets velvillige behandling.

Redegørelse fra Forsikringsaftaleudvalget

om

ændring af forsikringsaftalelovens § 120 vedrørende forsikringsselskabers hæftelse for ulykker og sygdom, der indtræder i forsikringstiden

1. Udvalgets nedsættelse og kommissorium

Ved folketingsbeslutning af 18. december 1998 pålagde Folketinget justitsministeren at nedsætte et udvalg om revision af forsikringsaftaleloven.

Folketingsbeslutningen pålægger udvalget to opgaver:

> "Folketinget pålægger justitsministeren at nedsætte et udvalg, der skal udarbejde forslag til ændringer af forsikringsaftaleloven med henblik på en præcisering af de regler, der vedrører forsikringsselskabernes ansvar, for så vidt angår ulykkesforsikringer og sygeforsikringer, jf. forsikringsaftalelovens kap. IV. Med lovændringen bør det enten i forsikringsaftaleloven præciseres, at forsikringselskabet skal bære risikoen for sygdomme, der endeligt er diagnosticeret i forsikringstiden, selv om sygdommen er opstået og de første symptomer har vist sig før forsikringens tegning, eller der bør anvises andre alternative løsninger, der sikrer større klarhed over, hvilken forsikringsdækning der ydes.
>
> Forslag om ændring af forsikringsaftaleloven i overensstemmelse med ovenstående skal kunne fremsættes i folketingsåret 1999-2000.
>
> Det foreslåede udvalg skal endvidere gennemgå forsikringsaftaleloven generelt med henblik på en samlet revision. Udvalget forventes at kunne afslutte denne del af arbejdet inden år 2002."

Beslutningsforslaget med bemærkninger er vedlagt redegørelsen som bilag 1.

I overensstemmelse med folketingsbeslutningen nedsatte justitsministeren den 26. marts 1999 et udvalg om revision af forsikringsaftaleloven.

Denne redegørelse omhandler udvalgets første opgave, der består i en præcisering af de regler, der vedrører forsikringsselskabernes ansvar, for så vidt angår ulykkesforsikringer og sygeforsikringer. Opgaven er beskrevet således i udvalgets kommissorium:

> "Folketinget har ved vedlagte beslutning af 18. december 1998 pålagt justitsministeren at nedsætte et udvalg om revision af forsikringsaftaleloven.
>
> I overensstemmelse med folketingsbeslutningen har udvalget to opgaver.
>
> Udvalget skal for det første vurdere, hvilke lovgivningsmæssige ændringer der bør foretages, for at man i forbindelse med sygdomsforsikringer m.v. bedre kan give forsikringstagere en rimelig beskyttelse i tilfælde, hvor det senere viser sig, at forsikringstageren allerede var syg, da forsikringen blev tegnet. Udvalgets overvejelser skal koncentreres om tilfælde, hvor der er tegnet forsikring mod sygdom, som opstår efter forsikringens ikrafttræden, og hvor forsikringstageren har givet fyldestgørende helbredsoplysninger i forbindelse med tegningen og iøvrigt har været i god tro.
>
> Udvalget skal ved sin vurdering af dette spørgsmål inddrage de synspunkter og løsningsmuligheder, der er anført i bemærkningerne til det pågældende beslutningsforslag (vedlagt). En lovgivningsmæssig løsning bør ikke medføre, at det generelt bliver vanskeligere for personer med vage sygdomstegn at tegne forsikring, eller at det generelt bliver vanskeligere at forsikre sig mod sygdomme, der typisk ikke giver klare symptomer før sent i forløbet.
>
> Denne del af udvalgets arbejde skal afsluttes i 1999, således at det vil være muligt at fremsætte lovforslag om dette spørgsmål i folketingsåret 1999-2000."
>
> (Kommissoriets beskrivelse af udvalgets anden opgave, der omhandler en generel revision af forsikringsaftaleloven, er ikke medtaget.)

Udvalget har ved afgivelse af denne redegørelse følgende sammensætning:

Landsdommer Lars Lindencrone Petersen (formand)

Cand.jur. Dorthe Bundgaard
(Udpeget efter indstilling fra Forbrugerrådet)

Cand.jur. Bodil Frimodt-Møller
(Udpeget efter indstilling fra De Samvirkende Invalideorganisationer)

Advokat Arne Gerlyng-Hansen
(Udpeget efter indstilling fra Advokatrådet)

Chefaktuar Klaus Grünbaum
(Udpeget efter indstilling fra Finanstilsynet)

Konsulent Lars Dahl Gulmann
(Udpeget efter indstilling fra Landsorganisationen i Danmark)

Kontorchef Lars Hjortnæs
(Udpeget af Justitsministeriet)

Chefkonsulent Lotte Mollerup
(Udpeget efter indstilling fra Økonomiministeriet)

Dommer Pia Petersen
(Udpeget efter indstilling fra Den Danske Dommerforening)

Advokat Anne Kathrine Schøn
(Udpeget efter indstilling fra Dansk Arbejdsgiverforening)

Lektor Ivan Sørensen
(Udpeget af Justitsministeriet)

Vicedirektør Claus Tønnesen
(Udpeget efter indstilling fra Forsikring & Pension)

Professor Hans Henrik Vagner
(Udpeget af Justitsministeriet)

Direktør Niels Vase
(Udpeget efter indstilling fra Forsikring & Pension)

Fuldmægtig Christina Toftegaard Nielsen, Justitsministeriet, har fungeret som udvalgets sekretær.

Landsorganisationen i Danmark og Dansk Arbejdsgiverforening har ikke ønsket at deltage i denne del af udvalgets arbejde.

Udvalget har holdt 6 møder, hvor udvalget har drøftet de spørgsmål, som denne redegørelse omhandler.

2. Beskrivelse af den gældende retstilstand

2.1. Forsikringsaftalelovens § 120

Baggrunden for Folketingets ønske om en præcisering af de regler, der vedrører forsikringsselskabernes ansvar for så vidt angår ulykkesforsikringer og sygeforsikringer, er Højesterets dom af 29. juni 1998, hvor et forsikringsselskab blev frifundet for et krav om udbetaling af forsikringssummen til en skleroseramt kvinde. Dommen er trykt i UfR 1998.1380 H.

Kvinden havde tegnet en ulykkesforsikring i 1979, der bl.a. omfattede invaliditet som følge af sygdommen dissemineret sklerose. Ifølge den speciallægeerklæring, som kvinden vedlagde sin begæring om oprettelse af forsikringen, var der ikke mistanke om, at kvinden led af sklerose på tidspunktet for forsikringstegningen. Efter at kvinden i 1993 havde fået stillet diagnosen sklerose og anmodet forsikringsselskabet om forsikringsydelsen, indhentede selskabet yderligere helbredsoplysninger, der viste, at hun havde haft symptomer på sygdommen allerede i 1974. Forsikringsselskabet afslog derfor at betale forsikringsydelsen.

Ved sin dom af 22. december 1997 lagde Østre Landsret til grund, at sygdommen var opstået, inden forsikringen blev tegnet, og at sygdommen derfor faldt uden for forsikringens dækning. Landsretten fandt dog, at forsikringsselskabet var nærmest til at bære risikoen for, at selskabet nu anlagde en anden vurdering af de helbredsoplysninger, som alle var tilgængelige, da ulykkesforsikringen blev antaget.

Højesteret begrundede frifindelsen af forsikringsselskabet med, at kvindens sygdom måtte anses for at være opstået, inden forsikringen blev tegnet, og at sygdommen efter de forsikringsvilkår, som parterne havde vedtaget, derfor ikke var dækket af forsikringen. Under hensyn til at der ifølge de helbredserklæringer, som forelå på tidspunktet for forsikringens tegning, ikke var mistanke om sklerose, kunne det ikke bebrejdes selskabet, at det ikke havde taget forbehold for sklerose i forsikringsaftalen, og kvinden havde derfor heller ikke krav på erstatning.

Resultatet i Højesteretsdommen følger af § 120 i forsikringsaftaleloven (herefter FAL), der har følgende ordlyd:

"Indtræder en ulykke eller sygdom, som omfattes af aftalen,
i forsikringstiden, hæfter selskabet også for sådanne skadelige
følger, som først viser sig senere".

Bestemmelsen er udtryk for det almindelige princip i forsikringsretten, hvorefter forsikringsselskaber er ansvarlige for forsikringsbegivenheder, som er *forårsaget eller opstået* i forsikringstiden, selv om følgerne først viser sig efter forsikringstidens udløb *(skadesårsagsprincippet)*. Forsikringsbegivenheden er den begivenhed, der ifølge forsikringsaftalen udløser selskabets forpligtelse til at betale forsikring.

Det afhænger således af forsikringsaftalen, hvilken begivenhed der udløser en forsikringsydelse, men hvis andet ikke er aftalt, er det ulykkens eller sygdommens indtræden og ikke de skadelige følger heraf, der udgør forsikringsbegivenheden efter FAL § 120. Ifølge bemærkningerne til FAL § 120 i "Udkast til lov om forsikringsaftaler med tilhørende bemærkninger" (1925), s. 164, er det ved sygeforsikring sygdommens begyndelse, dvs. dens udbrud, der er det afgørende. Er en sygdom kommet til udbrud før forsikringstidens begyndelse, er selskabet således ansvarsfrit, hvorimod selskabet hæfter for følgerne af en sygdom, når sygdommen er udbrudt i forsikringstiden.

Ifølge Drachmann Bentzon og Knud Christensen; Lov om forsikringsaftaler med bemærkninger (1954), s. 623 kommer sygdommen til udbrud, når der viser sig symptomer på sygdommen. Det tidspunkt, hvor den forsikrede har eller efter et lægeligt skøn burde have mærket de første symptomer som følge af lidelsen, er formentlig afgørende for spørgsmålet om, hvorvidt en sygdom er indtrådt i forsikringstiden efter FAL § 120.

Efter FAL § 120 er der ingen grænser for, hvor længe forsikringsselskabet kan hæfte for følgerne af en sygdom. Har en person været forsikret i flere selskaber, inden det konstateres, at personen lider af en sygdom, der udløser skadeserstatning, vil det afgørende for, hvilket selskab der hæfter for følgerne af sygdommen, derfor være tidspunktet for sygdommens indtræden.

I en dom af 7. maj 1990 anvendte Højesteret princippet i FAL § 120 ved afgørelse af, hvilket af to forsikringsselskaber der var forpligtet til at betale en tandlæge en forsikringsydelse i an-

ledning af, at tandlægen havde fået sklerose. Tandlægen havde skiftet forsikringsselskab efter at være blevet undersøgt for de første symptomer på sygdommen, men inden sygdommen blev konstateret. Højesteret anså sygdommen for "indtrådt", mens tandlægen var forsikret i det første forsikringsselskab, der derfor hæftede for de skadelige følger af sygdommen. Dommen er trykt i UfR 1990.509 H.

FAL § 120 er som hovedparten af forsikringsaftalelovens bestemmelser deklaratorisk og kan således fraviges i forsikringsaftalen.

Forsikringsselskabets hæftelse kan derfor i forsikringsaftalens vilkår være begrænset til de skadelige følger, der viser sig i en vis periode efter forsikringsbegivenheden. En sådan begrænsning var forudset i bemærkningerne til § 120 i Udkast til lov om forsikringsaftaler, s. 164, hvorefter selskaberne kan have rimelig grund til at søge at dække sig ind mod meget sene følger af forsikringsbegivenheden.

At FAL § 120 kan fraviges i forsikringsaftalen, indebærer, at skadesårsagsprincippet kun finder anvendelse, hvis andet ikke fremgår af forsikringsaftalen. Hvis forsikringsbegivenheden for eksempel i forsikringsaftalen er defineret som *de skadelige følger* af en sygdom, vil det afgørende for, om forsikringsselskabet hæfter for disse følger, ikke være tidspunktet for sygdommens indtræden, men derimod at sygdommen har skadelige virkninger i forsikringstiden (*skadesvirkningsprincippet*).

Forsikringsaftaleloven er således heller ikke til hinder for, at forsikringsbegivenheden i forsikringsaftalen er defineret som lægeligt diagnosticerede sygdomme (*diagnoseprincippet*). Efter dette princip omfatter forsikringen således sygdomme, som lægeligt diagnosticeres i forsikringstiden, uanset tidspunktet for sygdommenes indtræden. Princippet blev introduceret i starten af 1990'erne i den særlige form for sygeforsikring, der omfatter udgifter i forbindelse med bl.a. hospitalsbehandling.

2.2. Urigtige oplysningers betydning efter forsikringsaftaleloven

I den tidligere omtalte højesteretsdom af 29. juni 1998, hvor et forsikringsselskab blev frifundet for et krav om udbetaling af skadeserstatning til en skleroseramt kvinde, var det ubestridt, at kvinden hverken havde vidst eller burde have vidst, at hun inden forsikringens tegning havde haft symptomer på sklerose. Efter FAL § 5 hæfter selskabet i samme omfang, som hvis den urigtige oplysning ikke havde foreligget, når forsikringstageren ved forsikringens tegning hverken vidste eller burde vide, at en af ham eller hende afgivet oplysning var urigtig. Den urigtige oplysning, der er givet i god tro, således som defineret i § 5, kan altså ikke *i sig selv* påvirke forsikringsselskabets hæftelse. I højesteretsdommen blev det afgørende spørgsmål for, om selskabet skulle betale skadeserstatning for følgerne af sygdommen, derfor, om sygdommen var omfattet af forsikringen efter skadesårsagsprincippet i FAL § 120.

I de tilfælde, hvor forsikringstageren derimod vidste eller burde have vidst, at de afgivne helbredsoplysninger var urigtige eller ufuldstændige, reguleres spørgsmålet om forsikringsselskabets hæftelse af FAL § 4, § 6 og § 7. Hvis forsikringstageren svigagtigt har afgivet urigtige oplysninger eller fortiet omstændigheder, som måtte antages at være af betydning for selskabet, er forsikringsaftalen således efter § 4 ikke bindende for selskabet. Har forsikringstageren ikke handlet svigagtigt, men dog burde have været klar over, at helbredsoplysningerne var urigtige eller ufuldstændige, er selskabet efter § 6 og § 7 fri for ansvar, såfremt det kan antages ikke at have villet overtage forsikringen, hvis det rette forhold havde været oplyst.

Det bemærkes i den forbindelse, at forsikringstageren ikke indestår for rigtigheden af de lægelige oplysninger, der indhentes til brug for forsikringens tegning. Forsikringsselskabet kan dog forbeholde sig at være fri for ansvar, hvis en oplysning, der gives af en anden end forsikringstageren, viser sig at være urigtig, men et sådant forbehold kan efter FAL § 10, stk. 2, ikke medføre strengere virkninger, end hvis oplysningen var givet af forsikringstageren. Det er ikke sædvanligt, at selskaber tager forbehold over for helbredsoplysninger, der er afgivet af læger.

Efter FAL § 2, stk. 2 og stk. 3, betegner "forsikringstageren" den person, der tegner forsikringen, mens den person, der har ret til forsikringsydelsen, betegnes "den sikrede". Udtrykket

"den forsikrede" anvendes ikke i forsikringsaftaleloven, men bruges ofte i almindelig sprogbrug på området for personforsikring for den person, på hvis helbred eller liv forsikringen er tegnet.

I denne redegørelse anvendes så vidt muligt udtrykket "forsikringstageren", fordi "forsikringstageren", "den forsikrede" og "den sikrede" som regel vil være den samme person i sygeforsikringer. Det gælder dog ikke ved f.eks. gruppeforsikringer, som ofte tegnes af en arbejdsgiver eller faglig organisation, men hvor retten til forsikringsydelserne tilkommer de ansatte eller organisationens medlemmer, på hvis helbred forsikringen også er tegnet.

2.3. Eksempler på ulykkes- og sygeforsikringer, hvor FAL § 120 finder anvendelse

Ulykkesforsikringer med sygdomsdækning

Ulykkesforsikringer kan være udvidet med en sygdomsdækning for de skadelige følger af visse sygdomme eller varig invaliditet som følge af visse sygdomme, f.eks. børnelammelse, smitsom leverbetændelse og dissemineret sklerose.

Forsikringsbetingelsen kan være formuleret således:

> "Ved varig invaliditet som følge af ... (sygdom) opstået mindst ... (dage) efter dækningens ikrafttræden ... udbetales erstatningen for den fastsatte invaliditetsgrad."

Der udbydes også ulykkesforsikringer med mulighed for tilvalg af en klausul om dagpengeerstatning ved sygdoms- eller ulykkestilfælde, som undtager "en før forsikringens tegning tilstedeværende sygdom", der således ikke berettiger til dagpengeerstatning.

Den særlige dækningsudvidelse for visse sygdomme blev første gang brugt i 1970'erne. Forsikringsselskabernes erhvervsorganisation Forsikring & Pension har skønnet, at det samlede antal løbende ulykkesforsikringer med sygdomsdækning, hvor FAL § 120 finder anvendelse, udgør omkring 300.000. Størsteparten af disse forsikringer indeholder sygedækninger, der er begrænset til en enkelt sygdomstype. Efter Forsikring & Pensions vurdering er der maksimalt 50.000 løbende forsikringer, som omfatter sygdommen sklerose.

Ulykkesforsikringer med udvidet sygdomsdækning tegnes fortsat i begrænset omfang.

Helbredsforsikringer

Helbreds- eller sundhedsforsikringer dækker betaling af udgifter til behandling på privathospitaler. Forsikringsbetingelserne kan være formuleret således:

> "Dækningen omfatter betaling af udgifter ved indlæggelse på et dansk betalingshospital i forsikringstiden og indtil 6 måneder derefter for sygdomme, hvis første symptomer viser sig i forsikringstiden, dog tidligst 30 dage efter forsikringens tegning, og anmeldes til ... (forsikringsselskabet) inden forsikringens udløb".

Helbreds- eller sundhedsforsikringer tegnes både i gruppeordninger og som individuelle forsikringer, men er endnu ikke særlig udbredt.

Forsikringer, der yder dækning for nedsættelse af arbejdsevnen

Forsikringer for tab af arbejdsevne tilbydes i forskellige former, for eksempel som invalideerente eller invalidesum i individuelle eller kollektive ordninger. Disse forsikringer er efter deres karakter – hvor tab af arbejdsevnen udgør forsikringsbegivenheden – typisk ikke omfattede af FAL § 120. I visse af de omhandlede forsikringer undtages tab af erhvervsevne, som skyldes sygdom eller tilskadekomst, der er opstået inden forsikringstidens begyndelse. For disse forsikringer vil det afgørende for, om selskabet hæfter, derfor være tidspunktet for sygdommens indtræden. FAL § 120 har således betydning i disse forsikringer.

3. Andre landes regulering

Den danske forsikringsaftalelov er et resultat af et samarbejde i årene 1915-1925 mellem Finland, Norge, Sverige og Danmark, som resulterede i, at der i de fire lande blev gennemført love om forsikringsaftaler, der på alle væsentlige punkter stemte overens med hinanden. Norge og Finland har siden vedtaget nye forsikringsaftalelove.

3.1. Svensk ret

Den svenske forsikringsaftalelov, lag (1927:77) om försäkringsavtal, indeholder i kapitel IV om olycksfalls- och sjukförsäkring følgende bestemmelse:

> "**120 §** Har händelse, som omfattas av olycksfallsförsäkring, inträffat under försäkringstiden, svare försäkringsgivaren jämväl för sådan följd av händelsen, som yppar sig först efter denna tids utgång."

Bestemmelsen ligner § 120 i den danske forsikringsaftalelov, men omhandler kun ulykkesforsikringer. Den svenske forsikringsaftalelov indeholder ikke en tilsvarende bestemmelse på området for sygeforsikringer, og spørgsmålet om, i hvilket omfang selskabet hæfter for de skadelige følger af sygdom, er således overladt til parternes aftale.

Det svenske lovråd behandler i øjeblikket et forslag til en ny forsikringsaftalelov, som det svenske Justitsministerium udarbejdede i 1993 (Ds 1993:39). Forslaget bygger på Försäkringsrättskommitténs betænkninger "Personförsäkringslag" (SOU 1986:56) og "Skadeförsäkringslag" (1989:88). Justitsministeriets forslag indeholder i kapitel 13 om begrænsning af forsikringsselskabets ansvar følgende bestemmelse:

> "*Undantag från försäkring m.m.*
>
> **5 §** Om försäkringen gäller för följder av sjukdom eller kroppsfel, får försäkringsbolaget göra särskilt undantag för sådana sjukdomar och kroppsfel som den försäkrade hade när avtalet ingicks bara om undantaget
> 1. grundar sig på upplysningar om den försäkrade som bolaget har inhämtat, eller
> 2. behövs på grund av försäkringens art eller någon annan särskild omständighet.
>
> Om en tidsbegränsad försäkring förnyas, får ett undantag enligt första stycket 2 bara avse en sjukdom eller ett kroppsfel som den försäkrede hade när det första avtalet ingicks. Om försäkringsskyddet utvidgas i samband med förnyelsen, gäller dock första stycket i denna del."

3.2. Norsk ret

Lov nr. 69 af 16. juni 1989 om forsikringsavtaler indeholder i kapitel 13 om alminnelige forutsetninger for selskapets ansvar følgende bestemmelse:

"**§ 13-5.** *(ansvarsbegrensning på grunn av den forsikredes helsetilstand)*

Omfatter forsikringen følgen av sykdom eller lyte, kan selskapet ikke ta forbehold om at det er uten ansvar for det tilfelle at sykdommen eller lytet forelå allerede da selskapets ansvar begynte å løpe. Et slikt forbehold er likevel gyldig dersom

(a) forbeholdet grunner seg på opplysninger som selskapet har fått om den forsikrede, eller

(b) selskapet av særlige grunner er avskåret fra å innhente opplysninger fra den forsikrede. I slike tilfeller svarer selskapet likevel for sykdom eller lyte som den forsikrede ikke hadde kjennskap til da selskapets ansvar begynte å løpe.

Ved sykeforsikring kan selskapet i vilkårene forbeholde seg at det bare svarer for sykdom som har vist symptomer etter et bestemt tidspunkt. Tilsvarende gjelder ved uføredekning i tilknytning til livsforsikring.

Har en tidsbegrenset forsikring vært fornyet, kan forbeholdet bare gjelde sykdom eller lyte som den forsikrede hadde da forsikringen ble tegnet første gang."

Den norske forsikringsaftalelov tillader således forsikringsselskaberne at fastsætte generelle vilkår i sygeforsikringer om, at selskabet kun hæfter for sygdomme, som har vist symptomer efter et bestemt tidspunkt.

Et forsikringsudvalg, Legeforsikringsutvalget, overvejer i øjeblikket forsikringsselskabernes adgang til at indhente, bruge og lagre helbredsoplysninger og livsstilsoplysninger som grundlag for individuelle forsikringsaftaler. Da udvalget endnu ikke har afsluttet sine overvejelser, foreligger der ikke oplysninger om, hvorvidt disse overvejelser vil få betydning for den ovenfor citerede bestemmelse § 13-5.

3.3. Finsk ret

Lag nr 543/1994 om försäkringsavtal indeholder i kapitel 4 om "Vissa skyldigheter för försäkringstagaren och den försäkrade samt begränsningar av försäkringsgivarens ansvar" følgende bestemmelse:

"37 § **Begränsning av ansvaret i vissa fall**

I försäkringsvillkoren kan försäkringsgivarens ansvar i fråge om följderna av sjukdom eller kroppsskada som ersätts från försäkringen begränsas på den grunden att

sjukdomen eller kroppsskadan existerade redan när ansökan om försäkringen gjordes, endast i det fall att

1) begränsningen grundar sig på sådana uppgifter om den försäkrades hälsotillstånd som försäkringsgivaren skaffat innan försäkringen meddelades eller att
2) begränsningen beror på försäkringens art eller någon annan särskild omständighet."

Efter den finske forsikringsaftalelov hæfter forsikringsselskaberne således for følgerne af de af forsikringen omfattede sygdomme uanset tidspunktet for sygdommenes indtræden, medmindre selskabet har taget et konkret forbehold, der var begrundet i den sikredes helbredsoplysninger eller på forsikringens art eller anden særlig omstændighed.

3.4. Tysk ret

Den tyske forsikringsaftalelov, Versicherungsvertragsgesetz, indeholder ingen bestemmelser, der regulerer spørgsmålet om, i hvilket omfang selskabet hæfter for de skadelige følger af sygdom, og selskabernes adgang til at forbeholde sig at være fri for ansvar for sygdomme, der er opstået inden forsikringtidens begyndelse, er ikke begrænset i loven.

Den tyske forsikringsaftalelov er fra 30. maj 1908, men ændret betydeligt ved en lovændring af 21. juli 1994. Det tyske justitsministerium har oplyst, at man overvejer nedsættelse af et udvalg, der skal drøfte en generel revision af loven.

4. Udvalgets overvejelser og hovedsynspunkter

Efter sit kommissorium skal udvalget vurdere, hvilke lovgivningsmæssige ændringer der bør foretages, for at man i forbindelse med sygdomsforsikringer m.v. kan give forsikringstagere en rimelig beskyttelse i tilfælde, hvor det senere viser sig, at forsikringstageren allerede var syg, da forsikringen blev tegnet.

Efter udvalgets opfattelse knytter behovet for at give forsikringstagere en bedre beskyttelse sig navnlig til de tilfælde, hvor der er givet helbredsoplysninger til brug for tegning af forsikringen eller helbredsoplysninger, der senere viser sig at have været urigtige, men hvor forsik-

ringstageren hverken vidste eller burde vide dette. Når forsikringstageren således er i god tro om sin helbredstilstand på tidspunktet for forsikringens tegning, vil forsikringstageren have en begrundet forventning om, at sygdomme, som konstateres i forsikringstiden og efter deres art omfattes af forsikringsaftalen, udløser den aftalte forsikringsydelse.

Hvis forsikringstagerens gode tro om sin helbredstilstand ikke kun skyldes forsikringstagerens egen vurdering af sit helbred, men er baseret på lægelige vurderinger, der er indhentet til brug for forsikringens tegning, forekommer forsikringstagerens forventning om udløsning af forsikringsydelsen at være særlig begrundet.

Var forsikringstageren derimod ikke i god tro om sin helbredstilstand ved sygeforsikringens tegning, er en forventning om, at forsikringsselskabet hæfter for skadelige følger af en af forsikringen omfattet sygdom, ikke tilsvarende begrundet. Disse situationer, hvor forsikringstageren vidste eller burde have vidst, at de afgivne helbredsoplysninger var urigtige eller ufuldstændige, reguleres af forsikringsaftalelovens bestemmelser om afgivelse af urigtige oplysninger, hvorefter forsikringsselskabet som hovedregel er fri for ansvar. Der henvises til afsnit 2.2.

Da behovet for at give forsikringstageren en bedre beskyttelse end efter den gældende retstilstand efter udvalgets opfattelse knytter sig til de tilfælde, hvor forsikringstageren har været i god tro om sin helbredstilstand på tidspunktet for sygeforsikringens tegning, har udvalget ikke på nuværende tidspunkt af sit arbejde fundet behov for at overveje en ændring af forsikringsaftalelovens bestemmelser om afgivelse af urigtige oplysninger ved aftalens indgåelse. Spørgsmålet om ændring af bestemmelserne vil derimod indgå i udvalgets overvejelser i forbindelse med udvalgets senere gennemgang af hele forsikringsaftaleloven med henblik på en generel revision.

De ændringer af forsikringsaftaleloven, som udvalget navnlig har overvejet for at sikre en bedre beskyttelse af forsikringstageren i de tilfælde, hvor det efter tegning af en sygeforsikring viser sig, at forsikringstagerens sygdom allerede var indtrådt inden forsikringstidens begyndelse, og forsikringsselskabet derfor ikke hæfter for sygdommen efter FAL § 120, er således modifikationer af det i denne bestemmelse indeholdte skadesårsagsprincip.

Efter udvalgets opfattelse rejser en ændring af denne bestemmelse en række vanskelige spørgsmål af både teknisk og forsikringspolitisk karakter.

Parterne i en forsikringsaftale kan – uden for tilfælde af lovpligtige forsikringer – efter almindelige kontraktretlige regler frit aftale, hvilke begivenheder der skal være dækket af forsikringen. Som tidligere omtalt i afsnit 2.1 er FAL § 120 også kun udtryk for det, som skal gælde, dersom parterne i forsikringsaftalen ikke har aftalt noget andet.

Forsikringsselskabernes erhvervsorganisation Forsikring & Pension har ved en henstilling af 8. februar 1999 præciseret, at forsikringsselskaberne bør anvende skadesvirkningsprincippet i allerede tegnede ulykkesforsikringer udvidet med sygdomsdækning ved vurderingen af, om en sygdom er indtrådt efter forsikringstidens ikrafttræden. Under hensyn til at henstillingen ikke forpligter alle forsikringsselskaber, der udbyder sygeforsikringer, i samme omfang som en lovændring, er det således udvalgets opfattelse, at en udvidelse af sygeforsikringers dækning bør ske ved et lovindgreb. Forsikring & Pensions repræsentanter i Forsikringsaftalelovsudvalget har endvidere tilkendegivet, at henstillingen er en midlertidig løsning efter Højesterets dom af 29. juni 1998.

En lovændring, som skal give forsikringstageren en bedre beskyttelse i de tilfælde, hvor det senere viser sig, at forsikringstageren allerede var syg, da sygeforsikringen blev tegnet, bør efter udvalgets opfattelse gøres ufravigelig for at sikre alle forsikringstagere den tilsigtede beskyttelse.

Udvalget har overvejet, i hvilket omfang indgreb i aftalefriheden må antages at kunne få utilsigtede konsekvenser for såvel forsikringsbranchen som de forsikringssøgende.

Ved indgreb i aftalefriheden, som forøger forsikringsbranchens risiko ved tegning af ulykkesforsikringer med sygdomsdækning, må forsikringsselskaberne forventes så vidt muligt at imødegå den forøgede risiko ved for eksempel at forhøje præmien, indføre en mere restriktiv tegningspraksis eller helt ophøre med at udbyde et forsikringsprodukt. Jo større udvidelse af sygdomsdækningen et indgreb vil medføre, jo større indflydelse på forsikringspræmien eller tegningspraksis må indgrebet antages at få.

En eventuel ændring af FAL § 120 rejser endvidere spørgsmål om, hvorvidt en ændring kun skal omfatte nye sygeforsikringer eller også allerede eksisterende aftaler.

En udvidelse af forsikringsselskabers hæftelse til ikke alene at omfatte en sygdom, der indtræffer i forsikringstiden, men i et vist omfang også en sygdom, der er indtruffet inden forsikringstiden, vil kunne medføre, at flere forsikringsselskaber hæfter for den samme sygdom, hvis forsikringstageren har skiftet forsikringsselskab efter at have haft de første symptomer på den af forsikringsaftalerne omfattede sygdom. De forskellige modeller, som udvalget har overvejet, rejser således alle spørgsmål om ansvarsfordelingen mellem flere selskaber, som hæfter for samme forsikringsbegivenhed.

Udvalgets drøftelser har været koncentreret om følgende modeller for ændringer af FAL § 120:

I. Indførelse af et skadesvirkningsprincip for så vidt angår de skadelige følger af en sygdom, hvis sygdommen er opstået forud for forsikringens tegning, mens skadesårsagsprincippet fortsat finder anvendelse for så vidt angår skadelige følger af de sygdomme, som opstår i forsikringstiden,

II. model I med adgang for forsikringsselskaber til at tage konkrete forbehold ved forsikringens tegning,

III. model I med adgang for forsikringsselskaber til at fastsætte betingelser om karenstider,

IV. indførelse af en bestemmelse om, at forsikringsselskaber ikke kan påberåbe sig, at en sygdom er indtrådt inden forsikringstidens begyndelse, når forsikringstageren har været forsikret i en given periode, og

V. indførelse af en bestemmelse om, at forsikringsselskaber hæfter ved urigtige lægeerklæringer.

Nedenfor følger udvalgets overvejelser om fordele og ulemper ved ovenstående modeller. Modellerne er af systematiske grunde beskrevet som isolerede modeller, men kan naturligvis kombineres.

4. 1. Udvalgets overvejelser om fordele og ulemper ved model I – indførelse af et skadesvirkningsprincip for sygdomme, som er opstået i perioden forud for forsikringens tegning

FAL § 120 i sin nuværende affattelse omhandler sygeforsikringer, hvor forsikringsbegivenheden i forsikringsaftalen er bestemt som sygdommens indtræden. Når sygdommen indtræder i forsikringstiden, bestemmer FAL § 120 således, at forsikringsselskabet hæfter for de skadelige følger deraf, selvom disse først viser sig efter forsikringstidens udløb (*skadesårsagsprincippet*).

Er forsikringsbegivenheden derimod de skadelige virkningers indtræden, hæfter forsikringsselskabet for skadelige følger, som indtræder i forsikringstiden, selv om den sygdom eller ulykke, som har forårsaget de skadelige følger, opstod inden forsikringstiden (*skadesvirkningsprincippet*). Skadesvirkningsprincippet anvendes på området for livsforsikring.

Hvis de to principper begge finder anvendelse – skadesvirkningsprincippet ved indtræden i forsikringen og skadesårsagsprincippet ved udtræden af forsikringen – vil forsikringstageren opnå den optimale dækning, idet følgerne af en af forsikringen omfattet sygdom vil være forsikringsdækket, uanset om sygdommen måtte være opstået forud for forsikringstiden eller i forsikringstiden. Denne model medfører derfor også den retstekniske fordel, at tidspunktet for sygdommens indtræden er uden betydning for selskabets hæftelse.

Som tidligere anført har Forsikring & Pension ved henstilling af 8. februar 1999 præciseret, at forsikringsselskaberne i allerede tegnede ulykkesforsikringer udvidet med sygdomsdækning bør anvende skadesvirkningsprincippet ved vurderingen af, om en sygdom er indtrådt efter forsikringstidens ikrafttræden. Forudsat at forsikringsselskaberne følger Forsikring & Pensions henstilling, anvender forsikringsselskaberne således allerede skadesvirkningsprincippet for sygdomme opstået i perioden forud for forsikringens tegning ved vurderingen af, om der

er sygdomsdækning. Forsikring & Pensions repræsentanter i Forsikringsaftalelovsudvalget har dog, som ligeledes tidligere anført, givet udtryk for, at henstillingen er en midlertidig løsning efter Højesterets dom af 29. juni 1998.

Indførelse af en ufravigelig regel med dette indhold i forsikringsaftaleloven vil efter udvalgets opfattelse kunne indebære en risiko for, at forsikringsselskaberne vil indføre en mere restriktiv tegningspraksis.

På området for sygeforsikringer må forsikringsselskaberne forventes at søge at sikre sig imod tegning af forsikringer med forsikringssøgende, som har haft symptomer og derfor allerede kan lide af den sygdom, som skal indgå i forsikringen. Indførelse af et skadesvirkningsprincip vil derfor også kunne medføre, at forsikringsselskaberne betinger indgåelse af forsikringsaftaler af grundigere helbredsbedømmelser af de forsikringssøgende, svarende til de krav der stilles ved livsforsikringer. Dette vil bl.a. kunne få betydning ved tegning af gruppeforsikringer med sygdomsdækning, hvor selskaberne i dag ikke nødvendigvis foretager dybdegående helbredsvurderinger af de enkelte forsikrede.

Indførelse af skadesvirkningsprincippet ved en ufravigelig lovbestemmelse vil således kunne betyde, at det generelt bliver sværere for personer med vage sygdomstegn at tegne forsikring, og at det bliver sværere at forsikre sig mod sygdomme, der typisk ikke giver klare symptomer før sent i forløbet.

Da FAL § 120 omfatter både ulykkes- og sygeforsikringer, vil en generel ændring af bestemmelsen også få betydning for ulykkesforsikringer. Anvendelse af skadesvirkningsprincippet på ulykkesforsikringer vil indebære, at forsikringsselskaberne hæfter for følger af ulykker, som er sket inden forsikringstidens begyndelse. Hvis selskaberne ikke vil risikere at hæfte for følgerne af tidligere indtrådte ulykker, vil en sådan generel ændring derfor kunne have den utilsigtede virkning, at det bliver vanskeligt for forsikringssøgende, der allerede har været ude for ulykker, at blive ulykkesforsikret for fremtiden. Dette taler for at begrænse en eventuel indførelse af skadesvirkningsprincippet til sygeforsikringer.

Både den tilsigtede beskyttelse af forsikringstagere ved indførelse af et skadesvirkningsprincip og de utilsigtede virkninger heraf vil blive modificeret i det omfang, forsikringsselskaberne undtager visse sygdomme fra dækning af en forsikringsaftale eller på anden måde begrænser deres hæftelse.

4.2. Udvalgets overvejelser om fordele og ulemper ved model II – model I med adgang for forsikringsselskaberne til at tage konkrete forbehold ved forsikringens tegning

Forsikringsselskaberne har som udgangspunkt ikke nogen kontraheringspligt. Ved indgåelse af en forsikringsaftale kan forsikringsselskaberne således undtage sygdomme, som de ikke ønsker at forsikre en forsikringssøgende mod, og på denne måde begrænse deres risiko ved forsikringsaftalen. Det antages dog, at selskaberne ikke kan afvise at tegne en forsikring, hvis dette vil stride mod almindelig forsikringspraksis, herunder hvis afvisningen ikke er begrundet i de foreliggende risikomæssige forhold.

Indførelse af et ufravigeligt skadesvirkningsprincip vil indebære, at forsikringsselskaberne ikke generelt vil kunne undtage sygdomme, som forsikringstageren led af allerede på tidspunktet for forsikringens tegning.

Udvalget har overvejet, om indførelse af et skadesvirkningsprincip med fordel kunne kombineres med en begrænset adgang for selskaberne til at tage forbehold for allerede eksisterende sygdomme, hvis forbeholdet er begrundet i de helbredsoplysninger, som foreligger ved forsikringens tegning, eller skyldes, at selskabet har været afskåret fra at indhente oplysninger fra forsikringstageren på grund af dennes egne forhold. En sådan regulering er gennemført i den finske forsikringsaftalelov. Der henvises til afsnit 3.3.

En sådan begrænset adgang for selskaberne til at tage konkrete forbehold over for følgerne af eksisterende sygdomme må antages at ville forbedre mulighederne for, at forsikringssøgende med vage sygdomstegn kan tegne forsikring mod *andre sygdomme* end dem, som de vage sygdomstegn kan være symptomer på, i forhold til indførelse af et skadesvirkningsprincip uden adgang for selskaberne til at tage sådanne forbehold.

En begrænset adgang til at tage forbehold vil dog ikke fjerne risikoen for, at skadesvirkningsprincippet kan medføre, at det bliver sværere at forsikre sig mod sygdomme, der ikke giver *klare* symptomer før sent i forløbet. Indførelsen af skadesvirkningsprincippet vil kunne medføre, at forsikringsselskaberne tager forbehold over for enhver sygdom, som selv vage sygdomstegn kan være et symptom på.

4.3. Udvalgets overvejelser om fordele og ulemper ved model III – model I med adgang for forsikringsselskaberne til at fastsætte betingelser om karenstid

Udvalget har overvejet, om den forøgede risiko, som en indførelse af skadesvirkningsprincippet må antages at medføre for forsikringsselskaberne, vil kunne begrænses ved aftaler om, at forsikringen først skal yde dækning en vis tid efter forsikringstidens begyndelse (karenstid).

Forsikringsaftaleloven begrænser ikke parternes aftalefrihed for så vidt angår fastlæggelse af dækningstiden. I ulykkesforsikringer med udvidet sygdomsdækning aftales det ofte, at forsikringen ikke dækker sygdomme, der udbryder inden et vist antal dage eller uger efter, at forsikringstageren i øvrigt er omfattet af forsikringen. Hvis forsikringsbegivenheden er en sygdoms opståen, indebærer en aftale om karenstid således, at sygdommen ikke dækkes af forsikringen, hvis den er opstået inden karenstidens udløb.

Udvalget har overvejet, om forsikringsvilkår, hvorefter forsikringsselskabet ikke hæfter for sygdomme, som forsikringstageren allerede led af på tidspunktet for forsikringens tegning, hvis sygdommen diagnosticeres inden udløbet af en periode efter forsikringens tegning, ville kunne begrænse forsikringsselskabets risiko under et kombineret skadesvirknings- og skadesårsagsprincip. Et sådant vilkår om en særlig karensperiode for sygdomme, der allerede var indtrådt på tidspunktet for forsikringens tegning, ville indebære, at en forsikringstager, der i god tro tegner forsikring mod sklerose, men som allerede på tegningstidspunktet har sklerose, ikke vil opnå dækning, hvis sygdommen diagnosticeres i den aftalte karensperiode, men kun hvis sygdommen først bliver diagnosticeret efter karensperiodens udløb.

En reel formindskelse af risikoen må dog antages at kræve, at karenstiden for diagnosticering af de sygdomme, som sygeforsikringer typisk omhandler, er meget lang, da der kan forløbe et

meget betydeligt tidsrum mellem sygdommenes indtræden med de første vage symptomer og til sygdommenes diagnosticering. For eksempel kan de symptomfri perioder ved sklerose strække sig over årtier.

Under hensyn til at syge- og ulykkesforsikringer normalt kun indgås for et år ad gangen, således at der efter forsikringsvilkårene sker automatisk fornyelse af forsikringen ved opkrævning og betaling af den årlige forsikringspræmie, forekommer vilkår om lange karensperioder ikke at være egnede til at kunne indgå i forsikringsaftalen. Vilkår om lange karensperioder vil endvidere kunne være til hinder for, at forsikringstageren skifter selskab. Denne ulempe forsvinder dog, hvis det nye selskab – som det kendes fra livsforsikringsområdet – undlader at stille krav om en ny fuld karensperiode.

4.4. Udvalgets overvejelser om fordele og ulemper ved model IV – indførelse af en bestemmelse om, at forsikringsselskaberne ikke kan påberåbe sig, at en sygdom er indtrådt inden forsikringstidens begyndelse, når forsikringstageren har været forsikret i en given periode

En ufravigelig bestemmelse, hvorefter forsikringsselskaber ikke kan betinge sig, at en sygdom ikke udløser forsikringsydelse, fordi sygdommen er indtrådt inden forsikringstidens begyndelse, når den sygdomsramte har været forsikret mod den pågældende sygdom i en længere periode, må antages at ville give forsikringstageren en bedre beskyttelse end den gældende FAL § 120.

Virkningen af en sådan ufravigelig bestemmelse er for så vidt identisk med virkningen af vilkår om karenstid under et skadesvirkningsprincip, men forudsætter ikke en generel indførelse af et skadesvirkningsprincip og udgør derfor et mindre indgreb i aftalefriheden.

Fristen for at afskære indsigelsen vil skulle fastsættes under hensyn til den tid, der kan forløbe fra en sygdoms første symptomer og til diagnosticering.

Forsikringstageren ville endvidere kunne skifte forsikringsselskab uden at miste den beskyttelse, som følger af bestemmelsen.

Også denne model vil dog kunne have den utilsigtede virkning, at forsikringstageren, der har en mistanke om at lide af en af forsikringen omfattet sygdom, ikke søger læge før fristens udløb. Bestemmelsen vil endvidere kunne give anledning til tvister om, hvornår sygdommen har manifesteret sig i en sådan grad, at forsikringstageren er pligtig at underrette selskabet herom.

Den situation, hvor forsikringstageren tror sig forsikret uden at være det, vil endvidere fortsat kunne forekomme, hvis forsikringstageren på tidspunktet for forsikringens indgåelse er blevet erklæret rask, men ikke var det, og sygdommen konstateres inden indsigelsesfristens udløb.

4.5. Udvalgets overvejelser om fordele og ulemper ved model V – indførelse af en bestemmelse om, at forsikringsselskaber hæfter ved urigtige lægeerklæringer

Udvalget har endelig overvejet en bestemmelse, som medfører, at forsikringsselskaber hæfter for skadelige følger af en sygdom, selv om sygdommen er indtrådt inden forsikringstiden, hvis der er afgivet urigtige oplysninger af en læge eller anden sagkyndig om forsikringstagerens helbred ved forsikringens tegning.

Hvis forsikringstagerens forventning om, at forsikringen dækker skadelige følger af de omfattede sygdomme, er baseret på, at der er foretaget lægelige vurderinger af forsikringstagerens helbredstilstand i forhold til netop de af forsikringen omfattede sygdomme, kan forventningen siges at være særlig begrundet. Forsikringstageren har efter udvalgets opfattelse ikke samme begrundede forventning om forsikringsdækning i de tilfælde, hvor en foreliggende lægeerklæring ikke særligt forholder sig til, om forsikringstageren lider af de sygdomme, som er omfattet af forsikringen.

En ufravigelig bestemmelse om, at forsikringsselskaberne hæfter for sygdomme, der viser skadelige følger eller diagnosticeres i forsikringstiden, men er indtrådt inden forsikringstiden, hvis der på tegningstidspunktet forelå lægeerklæringer eller andre sagkyndige erklæringer, som viser sig at være urigtige eller ufuldstændige, vil medføre, at forsikringsselskaberne reelt kommer til at bære risikoen for, at de helbredsoplysninger fra sagkyndige, som selskaberne lægger til grund ved antagelse af en forsikring, viser sig at være urigtige eller ufuldstændige,

og vil således føre til samme resultat som Østre Landsrets dom af 22. december 1997, der er omtalt i afsnit 2.1.

At helbredsoplysningerne viser sig at have været urigtige eller ufuldstændige, kan skyldes forkerte lægefaglige skøn, eller at lægevidenskaben på tidspunktet for forsikringens tegning endnu ikke havde den fornødne viden til at kunne konstatere sygdommens tilstedeværelse. Det forhold, at lægevidenskaben på tidspunktet for forsikringens tegning endnu ikke havde tilstrækkeligt kendskab til sygdommens udvikling eller årsager til at kunne konstatere sygdommen hos forsikringstageren, men siden har fået denne viden, bør efter udvalgets opfattelse ikke medføre, at risikoen for den urigtige lægeerklæring ikke længere påhviler selskabet.

Bestemmelsens anvendelse vil ikke være betinget af, at forsikringstageren har været bekendt med indholdet af de faktiske helbredsoplysninger, der ligger til grund for forsikringsselskabets vurdering, men forudsætter, at forsikringstageren hverken vidste eller burde vide, at oplysningerne var urigtige. Bestemmelsen finder således kun anvendelse, hvis forsikringstageren opfylder det i FAL § 5 definerede krav til god tro.

FAL § 10, stk. 2, indeholder en regel om det forhold, at oplysninger til brug ved indgåelse af en forsikringsaftale gives af en anden end forsikringstageren, hvilket netop er tilfældet i de situationer, som den omhandlede bestemmelse ville skulle omfatte. § 10, stk. 2, forudsætter, at et forsikringsselskab kan forbeholde sig at være fri for ansvar, hvis en oplysning, som gives af en anden end forsikringstageren, viser sig at være urigtig, men begrænser virkningerne af et sådant forbehold. En eventuel regel om, at risikoen for, at en helbredsoplysning afgivet af en læge eller anden sagkyndig til brug for tegning af en forsikring viser sig at være urigtig eller ufuldstændig, skal påhvile forsikringsselskabet, må derfor medføre en konsekvensændring af § 10, stk. 2, således at selskabet ikke kan tage forbehold om ansvarsfrihed ved urigtige helbredsoplysninger fra læger eller andre sagkyndige.

Det er udvalgets opfattelse, at følger af sygdommen skal vise sig eller sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden for at udløse selskabets hæftelse efter en sådan bestemmelse om hæftelse ved urigtige eller ufuldstændige lægeerklæringer.

Udvalget har overvejet konsekvenserne af ikke at betinge selskabets hæftelse af, at sygdommen har følger eller diagnosticeres i forsikringstiden. Dette ville medføre, at selskabet ville kunne komme til at hæfte for sygdomme, der er opstået inden forsikringstiden, men først viser skadelige følger måske flere år efter forsikringstidens udløb, selv ved meget korte forsikringsforløb. Selskabet ville dog i forsikringsaftalen kunne begrænse hæftelsen til de skadelige følger, der viser sig inden for en vis periode, for eksempel i forsikringstiden. Hvis selskabet lod en sådan tidsmæssig begrænsning af hæftelsen omfatte følgerne af de af forsikringen omfattede sygdomme, uanset tidspunktet for sygdommens indtræden, ville dette indebære en forringelse af forsikringstagerens stilling i forhold til de begrænsninger, som sygeforsikringer normalt indeholder i dag. I dag er det normalt, at selskaberne begrænser hæftelsen til de skadelige virkninger, der viser sig inden for en 5-årig periode efter sygdommens konstatering.

En bestemmelse om forsikringsselskabers hæftelse for urigtige lægeerklæringer vil kunne betyde, at forsikringsselskaberne betinger tegning af forsikringer af, at der er foretaget helbredsundersøgelser hos læger, der er anvist af dem. Efter udvalgets opfattelse rejser forsikringsselskabernes brug af læger, der er anvist af selskabet, forud for antagelse af forsikringer ikke betænkeligheder. Udvalget har ikke derved forholdt sig til spørgsmålet om forsikringsselskabernes praksis ved indhentelse af helbredsoplysninger efter anmeldelse af en forsikringsbegivenhed. Dette spørgsmål har givet anledning til en aftale mellem økonomiministeren og Forsikring & Pension om forsikringsselskabernes brug af speciallæger.

Bestemmelsen vil endvidere kunne medføre, at det bliver sværere at forsikre sig mod sygdomme, som har et diffust symptombillede. Udvalget har dog vurderet, at risikoen for en sådan ændring i forsikringsselskabernes tegningspraksis er ringe, da den omhandlede bestemmelse vil have et snævert anvendelsesområde.

Udvalget har i forbindelse med disse overvejelser drøftet muligheden for at lade forsikringsselskabet hæfte også i den situation, hvor de urigtige eller ufuldstændige helbredsoplysninger er givet af forsikringstageren selv, og ikke af en læge eller anden sagkyndig. Dette ville dog medføre en udvidelse af forsikringsselskabernes ansvar svarende til den under afsnit 4.2 overvejede ændring af FAL § 120 og rejser derfor samme betænkeligheder.

4.6. Udvalgets konklusion

Udvalget har fundet, at den i afsnit 4.5 beskrevne model for ændring af forsikringsaftaleloven vil medføre en bedre beskyttelse af forsikringstageren i de særlige tilfælde, hvor det viser sig, at forsikringstageren allerede var syg, da forsikringen blev tegnet. En lovændring efter denne model tager således hensyn til forsikringstagerens forventning om, at forsikringsselskabet hæfter for den pågældende sygdom, når der ved forsikringens tegning blev indhentet lægelige oplysninger om, hvorvidt forsikringstageren led af den pågældende sygdom.

Udvalget har endvidere vurderet, at en udvidelse af forsikringsselskabernes hæftelse i netop de situationer, hvor der foreligger urigtige helbredsoplysninger fra læger eller andre sagkyndige, kun vil udgøre et begrænset indgreb i aftalefriheden, som næppe vil medføre en mere restriktiv tegningspraksis på området for sygeforsikringer.

Udvalget foreslår derfor, at der i forsikringsaftalelovens afsnit IV om ulykkesforsikring og sygeforsikring indføres en ufravigelig regel om, at forsikringsselskabet hæfter for sygdomme, som er opstået inden forsikringstidens begyndelse, hvis følger af sygdommen viser sig eller sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden og en læge eller anden sagkyndig har afgivet helbredsoplysninger til brug for forsikringsselskabets vurdering af, om forsikringstageren led af sygdommen ved indgåelse af aftalen.

Udvalget har lagt vægt på, at en sådan begrænset ændring af forsikringsaftaleloven ikke foregriber udvalgets videre arbejde med en generel revision af forsikringsaftaleloven. Nogle af udvalgets medlemmer ønsker mere gennemgribende ændringer af forsikringsaftalelovens regler om ulykkes- og sygeforsikringer. De reguleringer, som er gennemført i Norge og Finland og som er under overvejelse i Sverige, vil indgå i udvalgets kommende arbejde med en samlet revision af loven.

5. Udvalgets udkast til lov om ændring af forsikringsaftaleloven med bemærkninger

§ 1

I lov om forsikringsaftaler, jf. lovbekendtgørelse nr. 726 af 24. oktober 1986, som ændret senest ved § 1 i lov nr. 413 af 10. juni 1997, foretages følgende ændringer:

1. I *§ 10, stk. 2,* indsættes som 2. punktum:

"Selskabet kan ikke forbeholde sig at være fri for ansvar, hvis helbredsoplysninger, der er givet af læger eller andre sagkyndige i forbindelse med tegning af en forsikring, som omfattes af § 120 a, viser sig at være urigtige eller ufuldstændige.".

2. Efter *§ 120* indsættes:

"**§ 120 a.** Er en sygdom, som omfattes af aftalen, indtrådt inden forsikringstidens begyndelse, stilles forsikringstageren, som om sygdommen var indtrådt i forsikringstiden, såfremt

1) følger af sygdommen viser sig eller sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden, og
2) en læge eller anden sagkyndig har afgivet helbredsoplysninger i forbindelse med forsikringens tegning med henblik på selskabets vurdering af den pågældende sygdom.

Stk. 2. I de i stk. 1 nævnte tilfælde hæfter selskabet dog ikke, hvis et andet selskab hæfter for de opståede skadelige følger efter § 120.

Stk. 3. Aftaler, der strider mod bestemmelserne i stk. 1 kan ikke påberåbes af selskabet.".

§ 2

Stk. 1. Loven træder i kraft ...

Stk. 2. Loven gælder for aftaler, der indgås eller forlænges efter lovens ikrafttræden.

Bemærkninger til udkast til lov om ændring af forsikringsaftaleloven

Formålet med udvalgets forslag til en lovændring er at give forsikringstageren en rimelig beskyttelse i de tilfælde, hvor det efter tegning af en sygeforsikring viser sig, at forsikringstageren allerede var syg, da forsikringen blev tegnet.

Efter FAL § 120 er det uden betydning for forsikringsselskabets hæftelse, hvornår en sygdom, der er indtrådt i forsikringstiden, faktisk konstateres, og om sygdommen kunne eller burde have været konstateret i de lægeerklæringer, der forelå ved forsikringens tegning.

I overensstemmelse hermed frifandt Højesteret ved dom af 29. juni 1998 et forsikringsselskab for et krav om udbetaling af forsikringssummen til en skleroseramt kvinde, som havde været forsikret i 14 år, inden det blev konstateret, at hun var syg. Begrundelsen var, at sygdommen var indtrådt, allerede inden forsikringen blev tegnet. At en speciallægeerklæring, som kvinden i sin tid havde vedlagt sin begæring om oprettelse af forsikringen, indeholdt en urigtig oplysning om, at der specielt ikke var mistanke om sklerose, kunne således ikke i sig selv medføre, at kvinden havde krav på erstatning.

Den foreslåede bestemmelse i § 120 a vil udvide forsikringsselskabets hæftelse til også at omfatte sygdomme, som er opstået, inden sygeforsikringen blev tegnet, hvis følger af sygdommen viser sig eller sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden og der er indhentet helbredsoplysninger fra læger eller andre sagkyndige ved forsikringens tegning med henblik på at vurdere, om forsikringstageren led af den pågældende sygdom.

Den foreslåede bestemmelse afviger således fra det deklaratoriske princip i FAL § 120, hvorefter kun sygdomme, der indtræder i forsikringstiden, udløser en forsikringsydelse. Som det fremgår af den foreslåede bestemmelse, er det dog en betingelse, at skadelige følger af den pågældende sygdom har vist sig eller sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden. Er denne betingelse opfyldt, omfattes også skadelige følger, der viser sig efter forsikringstiden i medfør af § 120, som der er henvist til i den foreslåede bestemmelse. Viser sygdommen skadelige følger i forsikringstiden, vil betingelsen være opfyldt, selvom følgerne ikke har ført til mistanke om eller erkendelse af sygdommen i forsikringstiden. Hvis sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden, uden at sygdommen har givet symptomer, er betingelsen ligeledes opfyldt

Bestemmelsen vil efter den foreslåede ordlyd finde anvendelse, hvis de indhentede lægeerklæringer faktisk indeholdt oplysninger om, at forsikringstageren led af en sygdom, som efter sin art er omfattet af forsikringsaftalen. Hvis selskabet har ladet en sygdom være omfattet af forsikringsaftalen, selv om selskabet ud fra helbredsoplysningerne burde have indset, at forsikringstageren led af sygdommen allerede på tidspunktet for forsikringens tegning, og forsikringstageren ikke var eller burde have været bekendt med sygdommen, hæfter selskabet dog for sygdommens følger allerede efter den gældende retstilstand, og den foreslåede bestemmelse indebærer derfor ikke en selvstændig udvidelse af selskabernes hæftelse i disse sjældent forekommende tilfælde.

Da forsikringsselskaber under normale omstændigheder ikke vil antage en forsikringsaftale om dækning for en sygdom, der allerede er indtrådt, er det faktiske anvendelsesområde for den foreslåede bestemmelse de tilfælde, hvor de indhentede lægeerklæringer ikke oplyste om, at forsikringstageren led af en sygdom, som forsikringsselskabet derfor lod indgå i forsikringen, men hvor lægeerklæringerne senere viser sig at have været urigtige eller ufuldstændige. At erklæringerne var urigtige eller ufuldstændige, kan skyldes forkerte lægefaglige skøn, eller at lægevidenskaben på tidspunktet for forsikringens tegning endnu ikke havde den fornødne viden til at kunne konstatere sygdommens symptomer. Selskabet vil således også komme til at hæfte i de tilfælde, hvor årsagen til, at lægeerklæringerne ikke oplyste om sygdommens udbrud, er, at lægevidenskaben på daværende tidspunkt endnu ikke havde tilstrækkelig viden om sygdommens udvikling eller årsager til at konstatere sygdommen hos forsikringstageren.

Det er uden betydning for den foreslåede bestemmelses anvendelse, om forsikringstageren (og den sikrede, hvis der ikke er identitet mellem den person, der tegner forsikringen, og den person, der får ret til forsikringsydelsen) har været bekendt med indholdet af lægeerklæringerne. Det er ligeledes uden betydning, om helbredsoplysningerne er indhentet med henblik på tegning af en anden type forsikring end sygeforsikring, for eksempel en livsforsikring.

Lægeerklæringen eller den sagkyndige erklæring kan indhentes på såvel forsikringstagerens som forsikringsselskabets foranledning. At helbredsoplysningerne er afgivet med henblik på selskabets vurdering af den pågældende sygdom, kan enten fremgå af erklæringen eller af omstændighederne i forbindelse med den indhentede erklæring, for eksempel hvis forsik-

ringstageren ved begæring om tegning af en sygeforsikring henvises til en læge eller anden sagkyndig af selskabet.

Forsikring & Pensions repræsentanter i udvalget finder anledning til at fremhæve, at en forsikringstagers fremlæggelse på eget initiativ af en lægeerklæring, hvorefter vedkommende er rask eller ikke lider af bestemte sygdomme, vil kunne påvirke selskabets antagelse af forsikringen.

Efter FAL § 5 hæfter selskabet, som om den urigtige oplysning ikke forelå, hvis det må antages, at forsikringstageren hverken vidste eller burde vide, at en oplysning var urigtig, og den foreslåede bestemmelse medfører derfor, at selskabet bærer den fulde risiko for urigtige eller utilstrækkelige oplysninger i lægeerklæringer, når forsikringstageren er i god tro om sin helbredstilstand.

I de tilfælde, hvor forsikringstageren derimod vidste eller burde have vidst, at de afgivne helbredsoplysninger var urigtige, er selskabet fri for ansvar efter FAL § 6, hvis det kan antages, at selskabet ikke ville have overtaget forsikringen, såfremt der var givet korrekte helbredsoplysninger. Den foreslåede bestemmelse får derfor i disse situationer ingen betydning, hvis selskabet kan sandsynliggøre, at de korrekte helbredsoplysninger ville have bevirket et forbehold fra selskabets side over for den pågældende sygdom.

Den foreslåede bestemmelse får heller ingen betydning for de tilfælde, hvor der ikke er indhentet lægeerklæringer til brug for forsikringens tegning. Har forsikringstageren selv udfyldt en helbredsattest i forbindelse med forsikringens tegning, uden at selskabet har fundet anledning til at anmode om en lægeerklæring, er forsikringstageren ikke beskyttet. Det vil ofte være tilfældet ved gruppeforsikringer, hvor det er sædvanligt at forsikringsselskaberne undlader at anmode om lægeerklæringer.

Den foreslåede bestemmelse i § 120 a er ikke til hinder for, at selskabet i forsikringsaftalen begrænser sin hæftelse efter § 120 a til kun at omfatte de skadelige følger, som viser sig inden for en vis periode, for eksempel i forsikringstiden. Det skyldes, at FAL § 120 om skadesårsagsprincippet, som ikke foreslås ændret, kan fraviges ved aftale. Hvis selskabet ikke har be-

grænset sin hæftelse i forsikringsaftalen, følger det således af § 120, at selskabet også hæfter for de skadelige følger af en af forsikringen omfattet sygdom, som først viser sig efter forsikringstiden.

Den foreslåede bestemmelse er heller ikke til hinder for forsikringsvilkår om karenstid, hvorved udvalget forstår et vilkår om, at forsikringsselskabet ikke hæfter for sygdom, der indtræder eller konstateres i en vis periode efter forsikringsaftalens begyndelse.

Den foreslåede udvidelse af selskabernes hæftelse i sygeforsikringer må ikke medføre, at personer, der har været forsikret i flere selskaber, får en bedre beskyttelse, end personer, der kun har været forsikret i et selskab. Sygeforsikringer med udbetaling af kapitalerstatning er summaforsikringer, hvilket betyder, at selskabet har pligt til at betale en ydelse uafhængigt af, om der er lidt en skade, der kan måles i penge. Den almindelige hovedregel ved summaforsikringer, hvorefter forsikringsydelser fra flere selskaber kan kumuleres, skal således ikke gælde, når årsagen til at flere selskaber hæfter for følgerne af én sygdom, er, at selskabernes hæftelse ved den foreslåede bestemmelse er udvidet til at omfatte begivenheder, der er indtrådt inden forsikringstidens begyndelse. Hvis forsikringstageren har været forsikret i ét forsikringsselskab ved en sygdoms indtræden, men har skiftet forsikringsselskab, inden sygdommen konstateres, og har været forsikret mod den pågældende sygdom i begge selskaber, vil det første selskab hæfte for de skadelige følger af sygdommen efter den gældende § 120, mens det andet selskab vil hæfte for samme følger efter den foreslåede bestemmelse § 120 a. Under hensyn til at den foreslåede bestemmelse har karakter af en undtagelsesbestemmelse, foreslår udvalget, at dens anvendelse begrænses til de tilfælde, hvor ingen selskaber hæfter efter den gældende bestemmelse i § 120. Har forsikringstageren været forsikret i et selskab på det tidspunkt, hvor en sygdom antages at være indtrådt, vil forsikringstageren således skulle rette sit krav mod dette selskab, hvilket svarer til den gældende retstilstand. Der henvises til afsnit 2.1.

Efter sin placering i forsikringsaftalelovens afsnit IV om ulykkesforsikring og sygeforsikring vil den forslåede bestemmelse ikke få betydning for andre typer personforsikring.

Udvalget foreslår, at reglen om udvidelse af forsikringsselskabernes hæftelse gøres ufravigelig, således at forsikringsselskabet ikke kan tage forbehold om at være fri for ansvar, hvis der

er givet urigtige oplysninger af læger eller andre sagkyndige ved tegning af sygeforsikringer. Den foreslåede bestemmelse medfører derfor en konsekvensændring i FAL § 10, stk. 2, der omhandler virkningen af forbehold om ansvarsfrihed ved urigtige oplysninger fra andre end forsikringstageren. Den foreslåede tilføjelse til § 10, stk. 2, medfører, at selskabet ikke kan tage sådanne forbehold om lægers eller andre sagkyndiges helbredsoplysninger ved tegning af forsikringer, der er omfattet af § 120 a.

Ulykkes- og sygeforsikringer indgås almindeligvis for et år og i øvrigt på opsigelse, således at aftalen, hvis den ikke siges op med en vis frist, forlænges for et år ad gangen. Under hensyn hertil foreslår udvalget, at lovændringen finder anvendelse på aftaler, der fornyes eller forlænges efter lovændringens ikrafttræden, jf. § 2 i udvalgets udkast. Sygeforsikringer, der forud for lovændringens eventuelle ikrafttræden er indgået på åremål, vil således ikke være omfattet af lovændringen.

Justitsministeriet
Udvalget om revision af forsikringsaftaleloven

Justitsminister Frank Jensen
Justitsministeriet
Slotsholmsgade 10
1216 København K

Dato: 10 OKT. 2001

Sagsnr.: 2000-793-0020
Dok.: JER20663

Kære Frank Jensen.

Efter kommissoriet for Udvalget om revision af forsikringsaftaleloven er udvalgets hovedopgave at gennemgå hele forsikringsaftaleloven med henblik på en generel revision. Efter kommissoriet bør udvalgets arbejde være afsluttet inden 2002.

Udvalget er på nuværende tidspunkt ved at afslutte sine foreløbige drøftelser og overvejelser vedrørende en revision af forsikringsaftaleloven, herunder af de emner og spørgsmål, som fremgår af kommissoriet og den folketingsbeslutning, der ligger til grund for nedsættelsen af udvalget. Herudover har de organisationer mv., der er repræsenteret i udvalget, peget på en række yderligere spørgsmål, som de finder, at der er behov for at overveje nærmere. Jeg vedlægger til din orientering en oversigt over de spørgsmål, som er rejst af bl.a. Forbrugerrådet, Forsikring & Pension, Advokatrådet og De samvirkende Invalideorganisationer.

Udvalget har således indkredset de emner, hvor der efter udvalgets opfattelse kan være et mere akut behov for lovændringer. Det drejer sig som nævnt om de konkrete spørgsmål, der er rejst i kommissoriet og folketingsbeslutningen samt de yderligere spørgsmål, som udvalgsmedlemmerne har peget på.

Det synes i kommissoriet at være forudsat, at udvalget skal foretage en fuldstændig gennemgang af forsikringsaftaleloven "paragraf for paragraf" med henblik på formulering af en helt ny lov. Udvalget kan imidlertid konstatere, at det ikke vil være muligt at foretage en sådan fuldstændig gennemgang af forsikringsaftaleloven inden for en kort tidshorisont, således som det er forudsat i kommissoriet. Hertil kommer som nævnt, at der efter udvalgets opfattelse ikke er noget påtrængende behov for at skrive en helt ny lov.

Slotsholmsgade 10
1216 København K

Telefon: 33 92 33 40
Telefax: 33 93 35 10

E-post: jm@jm.dk
Internet: http://www.jm.dk

I den forbindelse vil udvalget også pege på, at der efter det for udvalget oplyste synes at være reelle overvejelser i EU om behovet for en hel eller delvis harmonisering af forsikringsaftaleretten. Spørgsmålet har således i foråret 2000 været drøftet i Insurance Committee, som er en rådgivende komite under Europa-Kommissionen, hvor alle medlemslande er repræsenteret. Et stort flertal af medlemslandene gav på daværende tidspunkt udtryk for, at man på ny bør forsøge en – eventuelt delvis – harmonisering af forsikringsaftaleretten.

Kommissionen har endvidere berørt spørgsmålet om harmonisering af forsikringsaftaleretten i flere nyere meddelelser, bl.a. i en meddelelse af 7. februar 2001 om elektronisk handel og finansielle tjenesteydelser, der indeholder overvejelser om den fremtidige EU-regulering af det europæiske marked for finansielle tjenesteydelser, herunder forsikringer.

På den anførte baggrund er det udvalgets opfattelse, at det vil være den rigtigste løsning at færdiggøre udvalgets arbejde på grundlag af den ovenfor nævnte konkrete emneliste, dvs. uden en fuldstændig gennemgang af alle bestemmelser i forsikringsaftaleloven. I givet fald forventer jeg, at udvalgets betænkning vil kunne foreligge omkring sommeren 2002.

Jeg håber, at du kan tilslutte dig dette.

Med venlig hilsen

Lars Lindencrone Petersen

Landsdommer Lars Lindencrone Petersen
Østre Landsret
Bredgade 59
1260 København K

Dato: 23 JAN. 2002
Kontor: Formueretskontoret
Sagsnr.: 2000-793-0020
Dok.: JER20804

Kære Lars Lindencrone Petersen.

Tak for dit brev af 10. oktober 2001 til den daværende justitsminister om færdiggørelsen af arbejdet i Justitsministeriets udvalg om revision af forsikringsaftaleloven.

PRØVEKOPI

Det fremgår af brevet, at udvalget finder, at dets arbejde med en revision af forsikringsaftaleloven bør koncentreres om en række konkrete emner – herunder bl.a. de emner, som er nævnt i forarbejderne til folketingsbeslutning af 18. december 1998 om nedsættelse af udvalget – og at udvalget således bør afslutte sit arbejde uden en fuldstændig gennemgang af forsikringsaftaleloven "paragraf for paragraf" med henblik på formulering af en helt ny lov. Det fremgår endvidere, at udvalget i givet fald forventer at kunne afgive betænkning omkring sommeren 2002.

Efter at have forelagt sagen for Folketingets Retsudvalg kan jeg meddele, at jeg er indforstået med den foreslåede plan for færdiggørelsen af udvalgets arbejde.

Med venlig hilsen

Bjørn Mikkelsen

RÅDET FOR
Dansk Forsikring og Pension

INFORMATION 47/97

Vores ref. ASE/14/07/hl *Journalnr.* 1.3.4.6-002 *Deres ref.* - *Dato* 21.10.1997

Forsikringsselskabers og pensionskassers brug af helbredsoplysninger

I. Indledning

Denne medlemsinformation indeholder en række informationer om forsikringsselskabers og pensionskassers brug af helbredsoplysninger. Desuden indeholder den en række anbefalinger til selskaberne og kasserne. En del af anbefalingerne er direkte handlingsorienterede, mens andre af anbefalingerne sigter på, at selskaberne selv overvejer en række forhold med relation til anvendelsen af helbredsoplysninger.

Baggrund

Med jævne mellemrum rettes søgelyset fra forskellig side mod forsikringserhvervets anvendelse af helbredsoplysninger. De konkrete årsager hertil er mange, men hyppigt er det presseomtale af konkrete sager, hvor en forsikringstager føler sig urimeligt behandlet af sit forsikringsselskab. Det kan eksempelvis være i forbindelse med, at forsikringsselskabet anfægter en forsikring som følge af urigtige helbredsoplysninger ved forsikringens tegning. Et andet eksempel på en pressesag af nyere dato er den debat, der har været om forsikringsselskabernes rekvisition af speciallægeerklæringer.

Presseomtalen af enkeltsager fører ofte til politisk opmærksomhed om området. Således affødte speciallægesagen et ønske om samråd i Folketingets Erhvervsudvalg. Desuden involveres andre interessenter ofte også. Det kan være Forbrugerrådet, Forbrugerombudsmanden, Rådgiveransvarsudvalget og andre.

I erkendelse af disse problemer besluttede Assurandør-Societetets daværende komite i 1995 at nedsætte en styregruppe, der skulle analysere forsikringsselskabernes brug af helbredsoplysninger nærmere. Styregruppen bestod af repræsentanter fra Danica, Tryg-Baltica, Topdanmark, Kgl. Brand, Alka og Bedømmelsesforeningen. Styregruppen udarbejdede en redegørelse om forsikringsselskabernes brug af helbredsoplysninger inden for de forskellige forretningsområder. Desuden blev der set nærmere på, hvorfor der overhovedet anvendes helbredsoplysninger i forsikring og på omfanget og karakteren af anfægtelsessager, primært for så vidt angår invaliderenter. I forbindelse med udarbejdelsen af redegørelsen blev yderligere en række forsikringsselskaber og specialselskaber inddraget.

Forsikringens Hus
Amaliegade 10
1256 København K

Tlf. 33 13 75 55
Fax 33 11 23 53
dfp@ForsikringensHus.dk

Styregruppens arbejde førte til, at fokus blev rettet mod en række aktuelle og potentielle problemområder, hvor styregruppen anbefalede, at forskellige initiativer blev igangsat. Societetets komite og rådets bestyrelse har tilsluttet sig styregruppens anbefalinger. Denne informationsskrivelse til Rådet for Dansk Forsikring og Pensions medlemmer er en del af den praktiske udmøntning af anbefalingerne.

Formål

Formålet med denne informationsskrivelse er således at øge informationsniveauet om forsikringsselskabernes anvendelse af helbredsoplysninger. Herigennem styrkes kundernes og offentlighedens viden om, hvorfor forsikringsselskaberne har brug for helbredsoplysninger, og hvad der sker med oplysningerne, efter forsikringsselskabet har indhentet dem. Samtidig er det ønsket at styrke selskabernes opmærksomhed om den korrekte håndtering af fortrolige oplysninger. Det er håbet, at en afmystificering af erhvervets praksis kan forebygge ubegrundet kritik og mistænkeliggørelse af erhvervet. Dette formål søges bl.a. nået gennem øget information til kunderne forud for afgivelse af helbredsoplysninger samt en udbygning af assurandørvejledningen på dette område. Denne øgede information skulle gerne bevirke, at antallet af anfægtelsessager begrænses, ikke mindst til gavn for kunderne selv.

For at de opstillede formål kan opfyldes, er det nødvendigt, at selskaberne nøje sætter sig
./. ind i det vedlagte materiale og bl.a. implementerer den vedlagte kundevejledning i deres salgsprocedurer for livs- og pensionsforsikringer. Endvidere er det vigtigt, at selskaberne sikrer sig, at anbefalinger og information i denne medlemsmeddelelse - og de initiativer de afføder i selskaberne - spredes til alle de relevante medarbejdere i selskabet.

II. Konkrete anbefalinger

Det skal indledningsvis understreges, at anbefalingerne ikke skal ses som en kritik af selskabernes nuværende praksis. Det omfattende udredningsarbejde, der er pågået, har således ikke givet indtryk af, at selskabernes praksis er kritisabel. Derimod skal anbefalingerne i vidt omfang opfattes som et redskab for selskaberne i deres bestræbelser på hele tiden at sikre, at forholdene fungerer optimalt.

Det skal desuden nævnes, at de fleste af anbefalingerne primært er møntet på livs- og pensionsforsikring, der har den mest udbredte anvendelse af helbredsoplysninger, særligt i tegningssituationen. Det enkelte selskab kan derudover selv vurdere, i hvilket omfang anbefalingerne også har relevans for andre af selskabets forretningsområder.

II.1. Kundevejledning

I bilag 1 er vedlagt en kundevejledning til brug ved indhentning af helbredsoplysninger i forbindelse med tegning af livs- og pensionsforsikringer. Vejledningen er udarbejdet i samarbejde med et kommunikationsbureau og er efterfølgende testet på en kundegruppe.

Formålet med vejledningen er at sikre, at kunderne udfylder helbredserklæringen med den fornødne omhu og er opmærksomme på de forhold, der erfaringsmæssigt hyppigst er anledningen til, at forsikringsselskaberne rejser anfægtelsessager. Desuden indeholder kundevejledningen information om, hvad der sker med helbredsoplysningerne, når de modtages i forsikringsselskabet.

Rådet **anbefaler** alle selskaber, der tegner ***individuelle og frivillige livs- og pensionsforsikringer***, at implementere kundevejledningen i deres salgsprocedurer. Dette kan enten ske ved at lave en selvstændig brochure med den anførte tekst eller ved at indarbejde teksten i eksisterende informationsmateriale.

Rådet **anbefaler** selskaber, der tegner ***livs- og pensionsforsikringer for grupper på arbejdsmarkedet*** - det være sig på baggrund af overenskomster eller firmaaftaler - at implementere kundevejledningen i deres tegningsprocedurer, i det omfang vejledningen har relevans i forhold til omfanget af helbredsoplysninger, der indhentes ved tegning.

Rådet **anbefaler** selskaber, der tegner ***ulykkesforsikring, sygeforsikring, helbredsforsikring, gruppelivsforsikring*** eller har andre forretningsområder, hvor der indhentes helbredsoplysninger ved tegning, at implementere de dele af kundevejledningen, der er relevante, i deres salgs- og informationsmateriale.

Skal kundevejledningen have den ønskede effekt, bl.a. i forhold til udviklingen i antallet af anfægtelsessager, er det vigtigt, at selskaberne sikrer:

1. at kundevejledningen får en fremtrædende plads i det samlede salgs- og informationsmateriale,
2. at kundevejledningen forelægges i sin helhed for kunden,
3. at det overfor kunden understreges, at vejledningen bør læses igennem, før der afgives helbredsoplysninger.

Dette indebærer, at assurandørerne og andre salgsmedarbejdere instrueres i vigtigheden af at henlede kundens opmærksomhed på kundevejledningen, og at assurandørerne sandsynligvis i flere tilfælde end nu må forvente, at helbredserklæringen ikke udfyldes umiddelbart i forlængelse af, at helbredserklæringen udleveres til kunden.

./. Til brug for instruktionen af assurandørerne og andet salgspersonale er i bilag 2 vedlagt en revideret assurandørvejledning.

Rådet **anbefaler** alle selskaber, der indhenter helbredsoplysninger ved tegning, at overveje muligheden for en formaliseret adgang for kunderne til at indsende supplerende helbredsoplysninger direkte til forsikringsselskabets lægekontor. Denne anbefaling skal **ikke** ses som en mistænkeliggørelse af salgspersonalet. Intentionen er alene at sikre, at kunderne har de optimale betingelser for at afgive fuldstændige og korrekte helbredsoplysninger i tegningssituationen. Det skal herunder modvirkes, at kunden fortier personlige oplysninger

på grund af blufærdighed overfor eksempelvis en assurandør eller andet salgspersonale, der er kendt i kundens lokalområde.

Et yderligere led i at forbedre kundeoplysningen i forbindelse med afgivelse af helbredsoplysninger i tegningssituationen er en **anbefaling** om, at selskaberne overvejer muligheden for i forbindelse med forsikringens tegning systematisk at oplyse kunden om, at en kopi af de afgivne helbredsoplysninger kan rekvireres fra selskabet. Dette kan eventuelt ske i forbindelse med fremsendelse af kundens police. Det er hensigten, at kunden derved får forbedret muligheden for efterfølgende selv at kontrollere, at alle spørgsmål i helbredserklæringen er besvaret fyldestgørende og korrekt.

Endelig **anbefaler** rådet, at selskaberne overvejer, om supplerende spørgeskemaer til indhentelse af yderligere helbredsoplysninger i tegningssituationen anvendes tilstrækkeligt målrettet. Det bør således i videst muligt omfang undgås, at kunderne bedes om at afgive flere oplysninger end nødvendigt, og at kunderne oplever et misforhold mellem de forhold, de blev anmodet om oplysninger om på tegningstidspunktet, og de oplysninger selskabet lægger vægt på skadestidspunktet.

II.2 Anden rådgivning af kunden

I forbindelse med at en kunde ønsker at skifte forsikringsselskab, og antagelsesvilkårene for forsikringen i det nye selskab afhænger af en helbredsvurdering, er det vigtigt at sikre, at kundens eksisterende forsikringsforhold ikke opsiges, før antagelsesvilkårene i det nye selskab er kendt. Rådet **anbefaler** selskaberne at sikre, at salgspersonale og andre, der rådgiver kunder i forbindelse med overførsler, er opmærksomme på denne problemstilling, jf. den vedlagte reviderede assurandørvejledning.

II.3 Retningslinier for håndtering af anfægtelsessager

En tilbagevendende årsag til kritik af erhvervet er anfægtelsessager på grund af ufuldstændige eller ukorrekte helbredsoplysninger inden for livsforsikring. At de sager, der rejses i pressen, oftest rejses på et forkert grundlag, mindsker ikke den skadelige virkning på erhvervets omdømme. Desuden befinder selskaberne sig ofte i den situation, at de på grund af deres tavshedspligt, jf. LFV § 258, ikke er i stand til at tage til genmæle i de rejste sager.

På trods af en udvidet vejledning af kunderne i forbindelse med afgivelse af helbredsoplysninger ved tegning, vil anfægtelsessager ikke kunne undgås.

Rådet **anbefaler** selskaberne at overveje muligheden for at udarbejde overordnede retningslinier for, i hvilke tilfælde en anfægtelsessag rejses. Selskaberne **anbefales** i den forbindelse at inddrage forhold vedrørende

- kausalitet (årsagssammenhæng) mellem den eller de fortiede lidelser og lidelserne, der fører til skadesanmeldelsen. Der stilles i Forsikringsaftaleloven ikke krav om, at der skal være kausalitet i anfægtelsessager rejst på grund af fortiede oplysninger, men det er et uomtvisteligt faktum, at de rejste pressesager som oftest vedrører sager, hvor der ikke

er kausalitet. At forsikringsselskabet har lovgivningen på sin side, er ofte et forhold, der ikke belyses i disse sager.

- tidsforløbet mellem den lidelse, der er fortiet oplysninger om, forsikringens tegning og skadesanmeldelsen. Jo længere tid, der er gået mellem den lidelse, der er fortiet oplysninger om, og forsikringens tegning, jo større forståelse kan man umiddelbart have for, at fortielsen ikke er sket i ond tro. Men der er ikke desto mindre tale om en fortielse omfattet af Forsikringsaftaleloven.

Rådet **anbefaler** desuden selskaberne at sikre sig, at det i skadessituationen alene er velunderbyggede formodninger om, at der er afgivet urigtige helbredsoplysninger ved tegning, der giver anledning til nærmere undersøgelse. Selskaberne **anbefales** ligeledes at sikre sig, at en eventuel lempelig praksis for indhentelse og bedømmelse af helbredsoplysninger i tegningssituationen er konsistent med den praksis, der er gældende ved skadesbehandlingen.

De ovenfor anførte anbefalinger skal ikke ses som en opfordring til selskaberne om at afholde sig fra at rejse anfægtelsessager, men er derimod en opfordring til, at selskaberne nærmere overvejer de selskabsspecifikke kriterier for at rejse anfægtelsessager. Anfægtelsessager, ikke mindst i de tilfælde, hvor der er formodning om svig, har en vigtig præventiv effekt overfor forsikringssvindel. I særligt grove tilfælde af svig har selskaberne også mulighed for at rejse en strafferetlig sag mod kunden.

II.4 Håndteringen af helbredsoplysninger i selskaberne

Det skal endnu engang understreges, at anbefalingerne indeholdt i denne medlemsinformation ikke skal ses som en indirekte kritik af selskabernes nuværende praksis. Således har det omfattende udredningsarbejde ikke afsløret problemområder. Anbefalingerne har derfor primært til hensigt at henlede selskabernes opmærksomhed på områder, hvor det bør overvejes, om fremtidige problemer kan forebygges.

Rådet **anbefaler** selskaberne at gennemgå eksisterende forretningsgange for håndteringen af helbredsoplysninger og andre fortrolige oplysninger i selskaberne med henblik på at sikre en fortsat udvikling mod, at alene personale, der har et dokumenteret behov for adgang til oplysningerne, har denne adgang. Af de rutiner, der herunder kan være af relevans, kan nævnes: poståbning, journalisering, opbevaring under sagsbehandling, opbevaring efter endt sagsbehandling, sagsbehandlernes muligheder for at arbejde med fortroligt materiale i eget hjem, faxforsendelse af fortroligt materiale samt praksis for videregivelse af fortroligt materiale - herunder i anonymiseret form - generelt.

Rådet **anbefaler** herunder selskaberne at overveje at udvikle systemer, der forbedre muligheden for fysisk at adskille selve begæringen og helbredserklæringen, igen med henblik på at sikre, at alene medarbejdere, der har et dokumenteret behov for adgang til fortrolige oplysninger, har denne adgang.

II.5 Implementering af nye spørgeskemaer, erklæringer m.v.

Det har i forbindelse med rådets udredningsarbejde kunne konstateres, at der ved indførsel af nye spørgeskemaer og revision af eksisterende spørgeskemaer som hovedregel gennemføres et meget omfattende forarbejde og grundig testning af disse skemaer. Denne proces, som ofte forestås af Bedømmelsesforeningen, gennemføres gerne i samarbejde med relevante handicaporganisationer og patientgrupper. Derudover konsulteres Dansk Sprognævn m.fl. af og til i forbindelse med dette arbejde.

Rådet **anbefaler**, at erhvervet fastholder denne meget grundige forberedelse af det materiale, der anvendes overfor kunderne i forbindelse med indhentning af helbredsoplysninger. Det kan desuden overvejes, om der er andet af selskabernes kundemateriale, der med fordel kunne revideres i overensstemmelse med disse procedurer.

Rådet har desuden i forbindelse med udarbejdelsen af redegørelsen endnu engang fået belyst, hvordan det mest udbredte bedømmelsesgrundlag for helbredsoplysninger i livs- og pensionsforsikring, der anvendes i branchen - Bedømmelsesforeningens retningslinier - udarbejdes med hjælp fra uafhængige eksperter på de respektive områder og med en løbende opdatering på baggrund af nye prognosestudier, behandlingsmetoder m.v.

Det er rådets opfattelse, at det er af stor betydning, at der blandt personale med kundekontakt sker en fortsat udbygning af viden om disse forhold. Således ville utilfredshed eller manglende forståelse for selskabets bedømmelse i en tidlig fase kunne imødegås via oplysninger til kunderne om, hvilke retningslinjer der anvendes ved bedømmelsen og hvilket statistisk og lægevidenskabeligt grundlag, retningslinierne hviler på.

III. Introduktion af indberetningssystem for anfægtelsessager

Som det er nævnt tidligere i denne information, er anfægtelsessager en hyppig årsag til, at der rejses kritik af erhvervets praksis i forbindelse med anvendelsen af helbredsoplysninger.

Det er derfor besluttet, at rådet skal forestå en løbende registrering af de anfægtelsessager, selskaberne rejser.

Formålet med registreringen er løbende at overvåge udviklingen i anfægtelsessagerne. De forhold, der skal ske indberetning af, er:

- årsagen til der rejses anfægtelsessag
- den faktiske bedømmelse ved antagelse og den "korrekte" bedømmelse
- hvilke lidelser, der er fortiet
- tidsforløb mellem fortiet lidelse, forsikringens tegning og eventuel skadesanmeldelse
- hvor stort erstatningsbeløb fortielsen vedrører.

Formålet med løbende at overvåge udviklingen i anfægtelsessager er dels at kunne følge udviklingen i omfanget og de økonomiske konsekvenser heraf, dels at der relativt hurtigt kan tages nye initiativer, hvis udviklingen indikerer, at der er behov herfor.

Indberetning skal påbegyndes den 01.01.1998. Indberetningsskemaer vil blive udsendt ved årsskiftet.

IV. Informationsberedskab

Som nævnt tidligere er der i vide kredse begrænset forståelse for, at der overhovedet er behov for helbredsoplysninger i forbindelse med tegning af især livs- og pensionsforsikring.
./. I bilag 3 er vedlagt et notat, der bl.a. belyser dette forhold. Selskaberne kan anvende dette materiale efter ønske og behov, eventuelt i forbindelse med intern efteruddannelse, til internt og eksternt informationsmateriale og i forbindelse med dialog med kunder, pressen, politikere eller andre.

Desuden redegøres nedenfor for en række af de forhold, primært vedrørende anfægtelsessager, som styregruppen fik belyst i sit arbejde. Også disse oplysninger kan selskaberne anvende i forbindelse med dialog med presse, kunder og andre. De anførte statistiske størrelser er i vidt omfang baseret på en gennemgang af Bedømmelsesforeningens responsumsager de første tre kvartaler af 1996.

Anfægtelsessager kan rejses med udgangspunkt i Forsikringsaftalelovens §§ 4-6. Disse paragraffers indhold er nærmere beskrevet i bilag 3. Som det fremgår af denne beskrivelse, stilles der ikke krav om, at der skal være en årsagssammenhæng mellem den lidelse, der er fortiet oplysninger om og den lidelse, der er årsag til en skadesanmeldelse, for at selskabet kan anfægte forsikringen.

Grunden til, at der ikke er sådan et krav om årsagssammenhæng (kausalitet), er, at fortielse af oplysninger betyder, at selskabet træffer beslutning om at overtage en risiko på et forkert grundlag. Havde de rigtige oplysninger foreligget, havde selskabet muligvis aldrig accepteret at overtage risikoen ved at tegne den pågældende forsikring. Et eksempel kan illustrere pointen: En kunde fortier oplysninger om en kræftlidelse og bliver senere erklæret invalid på grund af døvhed. Selskabet anfægter forsikringen med den begrundelse, at havde selskabet haft kendskab til kræftsygdommen, ville de ikke have antaget forsikringen overhovedet. Og selskabet ville derfor heller ikke være forpligtet til at betale nogen erstatning til den pågældende forsikrede, uanset årsagen til skadesanmeldelsen.

Det kan nævnes, at der ifølge Bedømmelsesforeningens statistik rent faktisk er årsagssammenhæng i over 85 pct. af de rejste anfægtelsessager.

Desuden skal man være opmærksom på, at kundens fortielse af en oplysning kun kan mindske eller fjerne forsikringsselskabets erstatningspligt, hvis forsikringsselskabet kan bevise, at det ikke ville have tegnet forsikringen eller kun have tegnet den på særlige vilkår eller til en anden præmie, hvis de fuldstændige oplysninger havde foreligget.

For at selskabet kan anfægte en forsikring, skal selskabet således have en begrundet formodning om, at den fortiede oplysning ville have haft indflydelse på, hvilke vilkår forsikringen blev antaget på. De fleste danske selskaber anvender Bedømmelsesforeningen til at vurdere, hvilke vilkår forsikringen ville være blevet antaget på, hvis de rigtige oplysninger havde været kendt. Andre selskaber anvender deres genforsikringsselskab til disse vurderinger. Bedømmelsesforeningens statistik viser, at i knap 20 pct. af de sager, der blev afgivet responsum i, ville der være sket antagelse på normale vilkår, selvom den fortiede oplysning havde været kendt.

Selskaberne rejser således ikke anfægtelsessager på grund af fortielse af banale lidelser som en bullen finger eller en sommerforkølelse, da disse lidelser ikke har betydning for antagelsesvilkårene. Formålet med at rejse anfægtelsessager er således ikke at straffe de forsikringstagere, der har afgivet urigtige oplysninger, men at sikre at kunder, der afgiver urigtige oplysninger, stilles ligesom de mere omhyggelige kunder, der giver rigtige og fuldstændige oplysninger

I 6,5 pct. af de sager, som Bedømmelsesforeningen afgav responsum i, burde forsikringen slet ikke være blevet antaget. I 22,2 pct. af tilfældene tilkendegav Bedømmelsesforeningen, at der burde være givet afslag på tegning af invalidedækning for den pågældende, hvis de rigtige oplysninger havde været kendte. I ca. 50 pct. af sagerne skulle forsikringen have været antaget på skærpet grundlag eller med en klausul.

Ser man alene på de responsumsager, der vedrører invalidedækning (og ikke dødsfald), tilkendegav Bedømmelsesforeningen, at der i 43 pct. af sagerne skulle være givet afslag på at tegne invalidedækning, såfremt de fuldstændige oplysninger havde foreligget.

Som tidligere nævnt kan man have en vis forståelse for, at forsikrede kan have glemt lidelser, der ligger langt tilbage i tiden. Bedømmelsesforeningens statistik viser imidlertid, at der i invalidesagerne for knap 30 pct. af tilfældene var gået 2 år eller mindre, siden forsikrede havde været ved lægen med den lidelse, der blev fortiet oplysninger om, og til forsikringen blev tegnet.

I godt 20 pct. af tilfældene var der gået mere end 10 år siden kunden første gang havde været ved lægen vedrørende lidelsen, og til forsikringen blev tegnet. Med den ændrede helbredserklæring, der blev indført i 1994, har forsikringsselskaberne i et vist omfang beskåret sig selv muligheden for at forfølge disse fortielsessager, da der i den nye helbredserklæring kun spørges om lidelser 10 år tilbage i tiden for en række sygdomme.

Bedømmelsesforeningens statistik giver baggrund for at skønne, at der på årsbasis rejses omkring 1000 anfægtelsessager. Et kvalificeret skøn over de økonomiske konsekvenser af fortielser er, at fortielsessager sammenlagt vedrører erstatningsbeløb på ca. 500 mio. kr.

Claus Tønnesen Anne Seiersen

F&P Forsikring & Pension

Dato	26.09.2002
Journalnr.	1.4.1.0-004
Vores ref.	JTV/mbj

Udkast til vejledning om adgangen til at genoplive forsikringen

"Hvis præmien ikke betales inden … ophører forsikringsaftalen. (Det skal bemærkes, at teksten bør afstemmes i overensstemmelse med vilkårene for den enkelte forsikringsaftale. F.eks. vil det for visse livsforsikringsaftaler - hvor f.eks. opsparingsdelen består - være misvisende at henvise til bortfald af aftalen).

Forsikringsaftalen kan herefter alene bringes til at løbe på ny, hvis følgende betingelser er opfyldt:

- Den forsinkede betaling skal skyldes uforudsete hindringer, som ikke kan bebrejdes Dem.

- Der skal samtidig foreligge omstændigheder, der gør, at det ikke er rimeligt, at De bærer risikoen for den for sene betaling. Det kan f.eks. være tilfældet, såfremt forsinkelsen skyldes pludselig, alvorlig sygdom hos Dem eller Deres nære pårørende. Pengemangel er ikke en undskyldelig omstændighed.

Forsikringsaftalen løber fra dagen efter, at betaling sker, såfremt:

- Betalingen foretages hurtigst muligt efter betalingshindringens ophør.

- Betalingen omfatter den fulde manglende præmie incl. renter og omkostninger (rykkergebyrer m.v.)

- Betalingen sker inden 3 måneder efter, at forsikringsaftalen er ophørt. Er forsikringsaftalen indgået for en bestemt periode, skal betaling dog tillige ske senest inden udløbet af denne periode."

RÅDET FOR
Dansk Forsikring og Pension

INFORMATION 130/98

Vores ref. ÅK/kst+sw *Journalnr.* 1.3.2.3-015 *Deres ref.* *Dato* 26.11.1998

Den forbrugerpolitiske handlingsplan for forsikrings- og pensionserhvervet, herunder medlemshenstilling om god forsikringsskik for rådgivning, forbud mod egentligt dørsalg samt begrundelses- og klagevejledningspligt i forbindelse med skadebehandling

Denne medlemsinformation orienterer om rådets forbrugerpolitiske handlingsplan (pkt. 1 og 2) og indeholder henstillinger til rådets medlemmer (pkt. 3) om god forsikringsskik for rådgivning (delhenstilling 1), forbud mod uvarslet fremmøde på bopælen (delhenstilling 2) samt pligt til at give begrundelses- og klagevejledning i forbindelse med skadebehandling (delhenstilling 3).

1. Baggrund og formål med den forbrugerpolitiske handlingsplan

Af Nyhedsbrev og Status for oktober måned d.å. fremgår, at rådets bestyrelse endeligt har vedtaget rådets forbrugerpolitiske handlingsplan for forsikringserhvervet. Handlingsplanens 14 punkter er kort omtalt under pkt. 2, ligesom en række punkter er beskrevet i rådets årsberetning for 1997/98. Planen er også omtalt i det kommende nummer af bladet Forsikring.

Rådets arbejde med handlingsplanen har strakt sig over ca. 2 år og er bl.a. udsprunget af drøftelser med forbrugerombudsmanden om eventuelle etiske retningslinier for forsikringserhvervet, ligesom forhandlingerne i erhvervsministerens Rådgiverudvalg har udgjort et input til arbejdet.

Ved udarbejdelsen af handlingsplanen er der taget udgangspunkt i, at der allerede lovgivningsmæssigt og på brancheniveau m.v. findes en lang række reguleringer, som har sin oprindelse i forbrugerbeskyttelse. Det gælder således bl.a. forsikringsaftaleloven, forsikringsvirksomhedsloven, herunder generalklausulen i § 7 om god forsikringsskik, regler om fortrydelsesret, livsforsikringsinformationsbekendtgørelsen, diverse retningslinier og brancheкodeks samt klage- og informationsmuligheder. Endvidere er det iagttaget, at konkur-

Forsikringens Hus
Amaliegade 10
1256 København K

Tlf. 33 13 75 55
Fax 33 11 23 53
dfp@ForsikringensHus.dk

rencelovgivningen har til opgave at beskytte forbrugerne ved at sikre disse lavest mulige priser på produkterne samt ved at sikre en produktudvikling svarende til behovet.

Den foreliggende handlingsplan og dens enkelte punkter er udtryk for en nøje afvejning af en række synspunkter, der har sit udgangspunkt i, at erhvervspolitik og forbrugerpolitik langt hen ad vejen er to sider af samme sag. Planens indhold afspejler imidlertid på en række punkter også, at en kritikløs imødekommelse af forbrugeropinionens ønsker og krav, bl.a. næsten ubegrænset information om produkter og priser, langt fra altid fører til reelle forbedringer af forbrugernes stilling, som svarer til de dermed forbundne omkostninger, der i sidste ende skal betales af kunderne.

Ved udarbejdelsen af handlingsplanen er der også taget udgangspunkt i, at branchekodeks er at foretrække frem for egentlig lovregulering. Der er også taget udgangspunkt i, at en optimal rådgivning/information om forsikringsprodukter ikke alene kan basere sig på énvejskommunikation fra forsikringsselskabets side. Der må nødvendigvis også stilles krav om forbrugernes ansvarlighed, således at forudsætningerne for en optimal, individuel rådgivning/information tilvejebringes.

Det er tanken, at den forbrugerpolitiske handlingsplan efter behov kan udbygges med nye punkter i lyset af den aktuelle udvikling.

2. Handlingsplanens 14 punkter

Forbrugerguides

Forsikringsoplysningen udarbejder et antal publikationer vedrørende de almindelige forbrugerforsikringer, som kan indgå som et led i køb af forsikringer og i øvrigt efter behov. P.t. foreligger guides vedrørende familieforsikring, bilforsikring og villaforsikring, jf. Information 104/98 af 16. september 1998 og Information 105/98 af 17. september 1998. Det er tanken med disse guides, at forbrugerne selv kan gøre sig relevante overvejelser om forsikringsbehovet i forbindelse med køb af forsikringer, sådan at der skabes grundlag for, at det er den helt rigtige forsikring, der indgås aftale om.

God rådgivning

Medlemshenstilling vedrørende god forsikringsskik for rådgivning ved forsikringens tegning, i dens løbetid, og når forsikringsbegivenheden indtræder. (Se nedenfor under pkt. 3).

Dørsalgslovens forsikringsundtagelse

Medlemshenstilling om, at selskaberne frivilligt bør pålægge sig selv et forbud mod uvarslet fremmøde på bopælen. (Se nedenfor under pkt. 3).

Begrundelses- og klagevejledningspligt i forbindelse med skadebehandling

Medlemshenstilling om begrundelsespligt i tilfælde af helt eller delvist afslag på forsikringsudbetaling samt medlemshenstilling om klagevejledningspligt i tilfælde af utilfredshed med forsikringsselskabernes afgørelse. (Se nedenfor under pkt. 3).

Helbredsoplysninger ved tegning af forsikringer

Opfølgning på tidligere iværksat projekt om bl.a. kundevejledning og assurandørvejledning samt øget databeskyttelse.

Årsagssammenhæng i livs- og ulykkesforsikringer

Indsamling af statistiske oplysninger fra selskaberne med henblik på en vurdering af, i hvilket omfang der kan konstateres årsagssammenhæng mellem fortiede helbredsoplysninger og efterfølgende død/invaliditet. Statistikken kan indgå i overvejelserne af, om det på sigt kan være hensigtsmæssigt helt eller delvist at indføre et kausalitetsprincip, så eksempelvis en fortielse før tegningen med hensyn til en nyrelidelse ikke får betydning ved udbetaling som følge af en færdselsulykke, der intet har med nyrelidelsen at gøre.

Ulykkesdefinitionen

Rådet for Dansk Forsikring og Pension overvejer i øjeblikket på grundlag af en flerårig undersøgelse en forbedring af beskrivelsen af, hvornår der foreligger en dækningsberettiget ulykke.

Ejerskifteforsikringen

Rammebetingelserne for ejerskifteforsikringen drøftes p.t. bl.a. med Justitsministeriet med henblik på en klargøring. Målet er at skabe grundlag for, at det i forbindelse med hushandler bliver hovedreglen, at der tegnes en ejerskifteforsikring. Muligvis vil tilstrækkelig beskyttelse af forbrugerne alene kunne opnås ved en lovændring.

Familiens Basisforsikring II

Forbrugerrådet og Rådet for Dansk Forsikring og Pension har færdigforhandlet en revision af Familiens Basisforsikring. De nye forsikringsbetingelser er stillet til rådighed for medlemmerne.

Småsagsprocessen

Betænkning nr. 1341/97 afgivet af Småsagsudvalget indebærer en revision af retshjælpsforsikringen, så der bliver automatisk forsikringsdækning i småsager. Yderligere reformer på retshjælpsområdet overvejes, herunder om forsikringen kan spille en udvidet rolle.

Nye salgskanaler (fjernsalg, herunder Internet m.v.)

Selskaberne er positive over for brug af Internet ved forsikringssalg, men afventer i øvrigt ny lovgivning fra EU (fjernsalg). Ligeledes afventes dansk lovgivning og EU-regulering vedrørende digitale signaturer.

Forsikringssvindel

Af hensyn til de ærlige kunder overvejer Rådet for Dansk Forsikring og Pension sammen med de øvrige nordiske forsikringsforbund tiltag, som kan øge indsatsen mod forsikringssvindel.

Forsikringsmæglere
Såvel fra dansk side som fra EU forventes lovregulering. Rådet er enig i det hensigtsmæssige i, at forsikringsmæglerne skal oplyse den forsikringssøgende om samarbejdsaftaler og lign. med forsikringsselskaberne samt om provisioner og lign.

Ofre for bilulykker i udlandet
Direktiv fra EU afventes. Rådet støtter initiativet, som indebærer, at ofret i sit hjemland kan fremsætte sine krav over for en lokal forsikringsrepræsentant for den udenlandske skadevolders forsikringsselskab.

---0---

3. God forsikringsskik for rådgivning, forbud mod egentligt dørsalg samt begrundelses- og klagevejledningspligt.

Det følgende omhandler god forsikringsskik for rådgivning (delhenstilling 1), forbud mod egentligt dørsalg (delhenstilling 2) samt begrundelses- og klagevejledningspligt i forbindelse med skadebehandling (delhenstilling 3). De tre emner er af tværgående karakter og retter sig mod rådets medlemskreds.

Rådets bestyrelse henstiller, at alle medlemmer retter sig efter det følgende, således at indholdet indarbejdes i selskabernes forretningsgange og rutiner tilpasset den konkrete forsikringsvirksomhed. Implementering bør foretages hurtigst muligt og senest pr. 1. januar 2000 således, at medlemsinformationen efterleves inden udgangen af 1999.

Delhenstilling nr. 1 om god forsikringsskik for rådgivning

Denne del af henstillingen er en direkte udløber af Rådgiverudvalget, som netop har afsluttet sit arbejde. Betænkningen er afleveret til erhvervsministeren og forventes offentliggjort i allernærmeste fremtid.

Erhvervsministeren nedsatte i 1995 Rådgiverudvalget, som skulle undersøge ansvarsforholdene i forbindelse med finansiel rådgivning af forbrugere. Udvalget skulle undersøge, hvilke krav der stilles til udøvelse af professionel rådgivningsvirksomhed, herunder regler om erstatningsansvar, og om disse regler beskytter forbrugerne tilstrækkeligt mod økonomiske tab.

Det var tanken, at udvalget skulle give forslag til ændringer, som skønnedes formålstjenlige til at sikre en effektiv forbrugerbeskyttelse, information og kvalificeret rådgivning, og som samtidig tog skyldigt hensyn til imødegåelse af eventuel konkurrenceforvridning brancherne imellem.

Efter rådets opfattelse er der ikke grund til at ændre på de gældende regler om erstatning for mangelfuld rådgivning, som forudsætter, at der er lidt et økonomisk tab. Rådet finder det ikke rimeligt, hvis der skal ydes godtgørelse for såkaldt skuffede forventninger, uden at

der er lidt noget økonomisk tab. Disse synspunkter begrundes navnligt i, at der aldrig er blevet dokumenteret et behov for at ændre erstatningsreglerne.

Rådet finder derimod, at en imødekommelse af et ønske om øget forbrugerinformation, øget rådgivning og bedre forbrugerbeskyttelse kan udmønte sig i nedenstående standard for, hvad der forstås ved god forsikringsskik. Denne standard er en udløber af Rådgiverudvalgets arbejde, idet medlemmerne af et underudvalg vedrørende forsikringssbranchen med professor, dr.jur. Erik Werlauffs som pennefører blev enige om, hvad der skal forstås ved god rådgivning på forsikringsområdet.

Den følgende indrammede tekst er citeret fra underudvalgets afrapportering til Rådgiverudvalget, idet betegnelsen "god rådgivningsskik" dog er erstattet af betegnelsen "god forsikringsskik", jf. LFV § 7. Endvidere er mindretalsudtalelser, som Rådet for Dansk Forsikring og Pension ikke har kunnet tilslutte sig, udeladt.

Ved god forsikringsskik vor rådgivning forstås følgende, som det henstilles til medlemmerne at efterleve:

1) Når selskabet ikke straks accepterer en forsikringsbegæring, dvs. hvis f.eks. en assurandør ikke er legitimeret til at afgive accept, kan det være indiceret at vejlede kunden om den periodes usikkerhed, der herefter vil indtræde.

Kommentar:
Det anførte indebærer, at i tilfælde, hvor en forsikringsbegæring skal tiltrædes af f.eks. hovedkontoret, og hvor forsikringsdækningen ikke begynder med det samme, skal kunden gøres opmærksom herpå, samt at der ikke er nogen forsikringsdækning, før forsikringen er accepteret.

2) Hvor kunden ikke blot ønsker at tegne et ganske bestemt forsikringsprodukt, men derimod synes at have et mere bredt behov for forsikringer på en række områder inden for skades- og/eller livsforsikring, kan det konkret være indiceret at foretage en undersøgelse af behovet (på livsforsikringsområdet en såkaldt behovsanalyse). I disse tilfælde vil "god forsikringsskik" indicere, at der foretages en undersøgelse af behovet.

Kommentar:
Henvender en ung mand sig eksempelvis til en assurandør for at tegne en bilforsikring, og det under samtalen bliver klart, at den unge mand netop er flyttet hjemmefra, og at han ikke længere er dækket af forældrenes familieforsikring, lægges der hermed op til en undersøgelse af behovet i bredere forstand.

3) "God forsikringsskik" indicerer, at der med henblik på at få fastlagt det konkrete forsikringsbehov rådgives om eventuelle alternative forsikringsmuligheder, jf. herved pkt. 3, stk. 2, i bankernes etiske regler fra 1994. Ved udtrykket "alternative forsikringsmuligheder" sigtes der til det pågældende forsikringsselskabs egne produkter. Derimod er selskabet ikke forpligtet til at kende og rådgive om indhold, sammensætning og priser, for så vidt angår de enkelte selskabers produkter, men ved rådgivningen skal der anvendes selskabets generelle markedskundskab med henblik på, at kunden informeres om de øvrige relevante produkttyper på markedet. Selskabet er ikke herved pligtigt til at yde rådgivning om konkurrende produkter eller priser.

Kommentar:
Om forståelsen af "alternative forsikringsmuligheder" i forsikringsselskabet kan det oplyses, at der eksempelvis tænkes en situation, hvor et forsikringsselskab udbyder såvel Familiens Basisforsikring som en anden slags familieforsikring. Om forståelsen af "selskabets generelle markedskundskab" kan det oplyses, at der eksempelvis tænkes på en situation, hvor kunden efterspørger en ejerskifteforsikring, som imidlertid slet ikke udbydes af selskabet. I så fald har selskabet pligt til at oplyse, at andre selskaber udbyder ejerskifteforsikringsproduktet.

4) "God forsikringsskik" vil normalt indicere, at alle forsikringsaftaler indgås eller bekræftes skriftligt, og at der i den forbindelse angives "væsentlige forudsætninger og konklusioner i en eventuel individuel rådgivning, der ligger til grund for aftalen", jf. pkt. 11 i de banketiske regler. Den forsikringsaftale, der indgås, vil typisk fremstå som et slags spejl af den rådgivning, der eventuelt er givet. Dette gælder for livsforsikringer, men også for skadesforsikringer, idet kundens til- og/eller fravalg vil fremgå af policen.

Hvor kunden træffer et valg i forbindelse med tegning af en skadesforsikring, herunder om rette forsikringssum, og hvor dette får præmie- og/eller dækningsmæssige konsekvenser, tilsiger "god forsikringsskik", at valget tydeligt klargøres. Af ressourcemæssige årsager vil både valget og dets forudsætninger jævnligt blive registreret i form af afkrydsning på fortrykte skemaer, men hvor valget får særligt indgribende betydning for kunden, bør valget efter omstændighederne klargøres gennem bemærkninger i policen.

Specielt f.eks. ved tegning af hjem- og indboforsikring kan en konkret rådgivning vedrørende valg af rette indbodækningssum være indiceret med henblik på at forebygge både over- og underforsikring. Det gælder ikke blot for hele bohavet, men også med henblik på særligt værdifulde genstande som sølvtøj, smykker m.v., der kun dækkes med en vis procentdel af den samlede indbosum.

"God forsikringsskik" kan efter omstændighederne indicere, at der informeres om principperne for fastlæggelse af forsikringsydelsens størrelse, f.eks. når der er indtrådt skade på indbo, personlige brugsgenstande m.v., jf. herved forsikringsaftalelovens § 37.

Hvis selskabets forsikringsvilkår fører til nedslag for indbo m.v. i videre omfang, end hvad der følger af § 37, stk. 2, skal afvigelsen fremhæves.

Kommentar:
Om tydeliggørelse af et truffent valg tænkes f.eks. på en situation, hvor det har været drøftet, om villaforsikringen skulle tegnes med eller uden rørskadedækning, men hvor kunden har fravalgt rørskadedækningen.

5) "God forsikringsskik" indebærer selvsagt (hvilket allerede følger af specialreglerne derom), at der vejledes om fortrydelsesret, jf. herved (a) forsikringsaftalelovens § 97a om livsforsikring (direktivstyret) og (b) dørsalgslovens kapitel 4a.

Det kan ikke antages, at eksistensen af en lovbestemt fortrydelsesret skulle ophæve behovet for rådgivning og vejledning.

Det er tanken bag fortrydelsesretten, at kunden i ro og mag efter aftaleindgåelsen ud fra forbrugerbeskyttelsesbetragtninger kan overveje aftalens indhold og eventuelt stille opklarende spørgsmål m.v. til forsikringsselskabet om forsikringsdækningen. Fortrydelsesretten er særegen for forsikringsområdet i sammenligning med den øvrige finansielle sektor. Fortrydelsesretten kan efter omstændighederne forskyde dele af rådgivningen til fortrydelsesperioden, i perioden inden aftalen bliver endeligt bindende for forbrugeren. Dette medfører, at det i tilfælde af tvivl hos forbrugeren, om hvorvidt han skal udnytte fortrydelsesretten, bliver særlig væsentligt, at selskabet yder relevant rådgivning. Salg af forsikringer er undtaget fra dørsalgslovens almindelige forbud mod uanmodet henvendelse til forbrugeren, og dette forhold kan efter omstændighederne understrege behovet for opfyldelse af kravene til god forsikringsskik, herunder i forbindelse med den efterfølgende samtale med forbrugeren, forudsat forbrugeren retter henvendelse til forsikringsselskabet i fortrydelsesperioden.

6) "God forsikringsskik" vil ofte indicere, at der ved omtegning af en forsikring fra ét selskab til et andet rådgives af det andet selskab om, i hvilket omfang der er indtrådt "huller" i forsikringsdækningen:

Der kan herved være tale om, at der ved overflytning af en persons samlede forsikringsportefølje til et nyt selskab opstår problemer med at videreføre en personforsikring på uændrede vilkår, fordi der er indtrådt ændringer i personens helbredsforhold efter tegningen af den første forsikring. Efter ankenævnspraksis gælder det i denne forbindelse allerede i dag, at det påhviler det modtagende selskab, inden det opsiger forsikringen i det gamle selskab, at sikre sig, at der forinden er fuld klarhed over, på hvilke vilkår forsikringerne kan antages i det modtagende selskab.

Kommentar:
Det anførte indebærer ikke nogen pligt til for det modtagende selskab at foretage egentlige sammenligninger af forsikringsvilkårene. Inden det nye selskab, som tilbyder en ejendomsforsikring uden rørskadedækning, opsiger f.eks. en ejendomsforsikring med rørskadedækning i det gamle selskab, må det nye selskab imidlertid sikre sig, at kunden er bekendt med, at der ikke er rørskadedækning på den nye forsikring.

Der kan herom også henvises til ankenævnsafgørelser nr. 41.309 af 31. december 1996 og nr. 24.204 af 2. oktober 1989.

7) Specielt ved tegning af livsforsikring og ulykkesforsikring vil "god forsikringsskik" ofte indicere, at kunden på en klar og entydig måde bliver gjort opmærksom på de meget alvorlige konsekvenser, der kan være forbundet med at afgive forkerte eller ufuldstændige helbredsoplysninger.

Kommentar:
Der kan herom henvises til Information 47/97 af 21. oktober 1997.

8) "God forsikringsskik" kan efter omstændighederne gøre det naturligt at oprette rutiner, hvorved kunden mindst én gang årligt modtager en individuel, udskrevet oversigt over sine forsikringer samt erindres på tydelig måde om, at der kan være opstået et behov for ajourføring henholdsvis ændring. Efter omstændighederne kan herved et antal områder, hvor der i særlig grad er oplevet et ajourføringsbehov i praksis, fremhæves i generelle vendinger i advisen fra forsikringsselskabet.

En "ajourføringsbrochure" kunne imødekomme behovet kombineret med, at der i et kortfattet bilag til advisen medtages nogle hovedpunkter fra "ajourføringsbrochuren" udarbejdet af Forsikringsoplysningen. Advisen kan dog selvsagt ikke beskæftige sig med den enkelte kundes individuelle behov. Særlige forhold gør sig dog gældende for kollektivt tegnede forsikringer, idet forsikringsselskabet ofte ikke har samme kontakt med de forsikrede som ved individuelt tegnede forsikringer. I disse tilfælde bør det være muligt i samråd med gruppere præsentanten at finde en for alle parter tilfredsstillende løsning på et eventuelt ajourføringsbehov.

Kommentar:
Med hensyn til det anførte er det centrale ajourføringsbehovet. Som det fremgår, indgår ordene "efter omstændighederne" og lign. Det er hermed tanken, at det i sidste ende må afhænge af den konkrete situation, hvorledes dette punkt skal udmønte sig i praksis. For så vidt angår et mindre forsikringsengagement, kan der således ikke uden videre indlægges en forudsætning om, at kravene skal opfyldes.

Forsikringsoplysningen er i øvrigt p.t. i færd med at udarbejde en ajourføringsbrochure.

Delhenstilling nr. 2 om forbud mod egentligt dørsalg

Mens der på den ene side er et samfundsmæssigt behov for, at befolkningen har forsikringsafdækket tilværelsens - forsikringsbare - risici, er det på den anden side blevet fremført, at egentligt dørsalg er en uetisk måde at sælge forsikringer på.

For at imødekomme sidstnævnte synspunkt henstilles det til medlemmerne, at undlade fremmøde på boligen med henblik på salg af forbrugerforsikringer af enhver art, der ikke længere anvendes som salgsmetode.

Delhenstilling nr. 3 om begrundelses- og klagevejledningspligt i forbindelse med skadebehandling

Inspireret af det offentliges princip om god forvaltningsskik og princippet om, at afgørelser skal begrundes, henstilles det til medlemmerne, at et helt eller delvist afslag på forsikringsudbetaling ledsages af en begrundelse indeholdende dels en henvisning til de(t) relevante vilkår i forsikringsbetingelserne, dels en kortfattet verbal beskrivelse af årsagen til selskabets beslutning.

Hermed sikres en højere grad af forståelse for forsikringsdækningens begrænsninger, ligesom unødige telefonsamtaler og lign. undgås.

I forlængelse heraf henstilles det også til medlemmerne, at forsikringsselskaberne ved afslutningen af en skadesag, hvor kunden har udtrykt utilfredshed med selskabets afgørelse, vejleder om henholdsvis Forsikringsoplysningen (skadelidte) og Forsikringsankenævnet, for sidstnævntes vedkommende eksempelvis derved, at der udleveres en klageblanket til vedkommende.

---0---

4. Afslutning

Sekretariatet vil senere vende tilbage angående de øvrige punkter i handlingsplanen og således, at evaluering af planen, men også vurdering af behov for at optage nye emner i handlingsplanen som nævnt oven for løbende vil indgå i arbejdet hermed.

Eventuelle forespørgsler om handlingsplanen, herunder denne medlemsinformation, kan rettes til Åse Kogsbøll, lok. 507 eller e-mail: aak@ForsikringensHus.dk.

Steen Leth Jeppesen

/Åse Kogsbøll

Justitsministeriet
Lovafdelingen

Kontor: Formueretskontoret
Sagsnr.: 2001-940-0085
Dok.: JER20450

Besvarelse af spørgsmål nr. 22 og 23 af 23. februar 2001 fra Folketingets Socialudvalg vedrørende forslag til lov om ændring af lov om social pension og andre love (Førtidspensionsreform) (L 137 - bilag 40).

Spørgsmål nr. 22:

> "I hvilket omfang får det betydning for private pensions- og ulykkesforsikringer, at begrebet mellemste førtidspension udgår af lovgivningen, idet det i mange såvel private som kollektive pensions- og ulykkesforsikringer er en betingelse for udbetaling af pension eller forsikring, at der fra det offentlige tilkendes mindst mellemste førtidspension?"

Svar:

Justitsministeriet har til brug for besvarelsen af spørgsmålet indhentet en udtalelse fra brancheorganisationen Forsikring & Pension. Udtalelsen vedlægges.

Som det bl.a. fremgår af udtalelsen, er det Forsikring & Pensions opfattelse, at afskaffelsen af begrebet "mellemste førtidspension" i lov om social pension næppe vil have den store praktiske betydning for den sikredes retsstilling efter en privat forsikringsordning mv.

Det skyldes bl.a., at ulykkesforsikringer ofte kun vil gælde i ét år, og at gruppelivsforsikringer kun gælder i ét år. Forsikringsselskabet vil derfor have mulighed for at varsle ændringer i forsikringsbetingelserne med virkning fra den 1. januar 2003, på hvilket tidspunkt førtidspensionsreformen foreslås at træde i kraft.

Det skyldes endvidere, at forsikringsbetingelserne for flerårige livs- eller ulykkesforsikringer, der er tegnet i de seneste år, ikke er udformet således, at tilkendelse af mellemste førtidspension er en forudsætning for udbetaling fra den private forsikringsordning. Det kan dog ikke udelukkes, at der i ældre forsikringsbetingelser kan være en direkte sammenkædning mellem tilkendelse af mellemste førtidspension fra det offentlige og udbetaling fra den private forsikringsordning mv. I disse tilfælde må det efter Forsikring & Pensions opfattelse afgøres ved en

formålsfortolkning af den enkelte forsikringsaftale, om livsforsikringsselskabet eller pensionskassen er forpligtet til at følge fremtidige tilkendelser af offentlig førtidspension efter arbejdsevnekriteriet, eller om selskabet eller pensionskassen skal vurdere sagen ud fra et erhvervsevnetabskriterium, der svarer til det oprindeligt aftalte.

Spørgsmål nr. 23:

> "Hvad vil ministeren gøre for at indrette lovgivningen eller på anden måde pålægge forsikringsselskaberne at fjerne denne betingelse i forsikringsaftalerne, og hvordan er retstilstanden for de personer, der i årtier har indbetalt til ordningen og/eller tidligere har fået afslag på udbetaling med henvisning til netop den betingelse?"

Svar:

Det beror på en fortolkning af den enkelte forsikringsaftale, om afskaffelse af begrebet "mellemste førtidspension" i lov om social pension vil have betydning for udbetaling fra en privat forsikringsordning mv., jf. besvarelsen af spørgsmål nr. 22.

Jeg finder ikke, at der bør lovgives om, hvilken virkning det skal have for allerede indgåede forsikringsaftaler mv., at begrebet "mellemste førtidspension" afskaffes i lov om social pension. En sådan lovregel, der regulerer eksisterende private aftaleforhold, ville ud fra almindelige retssikkerhedsmæssige grundsætninger give anledning til principielle betænkeligheder.

Som det fremgår af udtalelsen fra Forsikring & Pension, jf. besvarelsen af spørgsmål nr. 22, vil følgerne af førtidspensionsreformen blive nøje analyseret såvel af de enkelte forsikringsselskaber mv. som af Forsikring & Pension. Der vil i den forbindelse blive truffet beslutning om, hvilken praksis man fremover vil følge med hensyn til udformningen af forsikringsvilkårene.

Hvis private forsikringer, der dækker mod lønnedgang i forbindelse med tab af erhvervsevne, knytter forsikringsdækningen til det offentliges afgørelser om tilkendelse af førtidspension, er det i øvrigt et generelt problem, at forsikringernes dækningsomfang bliver påvirket, hvis det offentliges praksis med hensyn til tilkendelse af førtidspension ændres. Kommer f.eks. flere i revalidering, vil forsikringsdækningen blive udløst i færre tilfælde.

Jeg kan oplyse, at jeg har anmodet Justitsministeriets udvalg om revision af forsikringsaftaleloven om at overveje de aftalemæssige aspekter af lønsikringsordninger mv., der knytter forsikringsdækningen til det offentliges afgørelser om førtidspension mv.

F&P *Forsikring & Pension*

Fuldmægtig Jens Røn
Justitsministeriets Lovafdeling
Slotsholmsgade 10
DK-1216 København K

Jmt. modt.
19 MRS. 2001

Vores ref. DBU/hl *Journalnr.* 1.3.1.1-018 *Deres ref.* *Dato* 16.03.2001

Udtalelse vedr. gældende forsikringsbetingelser og offentlig førtidspension

Forsikring & Pension er i brev af 6. marts 2001 blevet anmodet om at komme med en udtalelse, der bl.a. belyser, i hvilket omfang det efter de gældende forsikringsordninger m.v. er en betingelse for udbetaling af pension eller forsikring, at der tilkendes førtidspension efter reglerne i lov om social pension.

1. Kombineret syge- og ulykkesforsikringer

Erhvervsevnetabserstatningen omfatter varigt indtægtstab som følge af en personskade. I forsikringsbetingelserne er det ofte angivet, at selskabet *kan* gøre det til en betingelse for udbetaling af erstatning eller fortsat udbetaling af erstatning, at forsikrede tilkendes helbredsbetinget offentlig pension. Selskabet er dermed ikke forpligtet af den offentlige afgørelse om tilkendelse af offentlig førtidspension men kan selvstændigt vurdere, om forsikrede har mistet erhvervsevnen, som forsikringsbetingelserne angiver.

Ulykkesforsikringer er ofte etårige forsikringer, derfor vil det være muligt at varsle ændrede forsikringsbetingelser til præmieforfald, således at henvisningen til eksempelvis mellemste førtidspension erstattes med noget tidssvarende pr. 1. januar 2003, hvor helbredsbetinget førtidspension må forventes ikke at eksistere. I det omfang forsikringerne er flerårige henvises til gennemgangen nedenfor i afsnit 3.

2. Gruppelivsforsikringer - etårige dækninger

Der kan for gruppelivsforsikringer være anvendt en formulering i forsikringsbetingelserne, der giver kunden krav på udbetaling fra den private forsikringsordning, såfremt forsikringstageren tilkendes relevant førtidspension fra det offentlige.

Gruppelivsforsikringer er etårige forsikringer, derfor vil det ligeledes for gruppeforsikringer være muligt at varsle ændrede forsikringsbetingelser til præmieforfald, således at henvisningen til eksempelvis mellemste førtidspension erstattes med noget tidssvarende pr. 1. januar 2003.

Erhvervsorganisation for forsikringsselskaber og pensionskasser
Forsikringens Hus
Amaliegade 10
1256 København K
Tlf. 3343 5500
Fax 3343 5501
fp@ForsikringensHus.dk
www.ForsikringensHus.dk

3. Invaliditetsbetingede forsikringsydelser - flerårige livsforsikringer

Invaliditetsbegrebet

Som det fremgår af F&P's høringssvar af 16. januar 2001 bygger invaliditetsbegrebet i private forsikringsordninger på de samme hovedprincipper som den nuværende offentlige førtidspension. I dag er udgangspunktet for tilkendelse af offentlig førtidspension nedsættelse af erhvervsevnen. Ved siden af den offentlige vurdering foretager livsforsikringsselskabet eller pensionskassen ligeledes en vurdering af, om erhvervsevnen er nedsat. Udgangspunktet er, at denne vurdering er uafhængig af den offentlige vurdering. Der bliver i hver enkelt afgørelse foretaget en konkret vurdering af, om den generelle erhvervsevne er nedsat. I nogle pensionsordninger, er det dog forsikringstagerens konkrete erhvervsevne (fagspecifik erhvervsevne), der er udgangspunktet for vurderingen. De kriterier, der skal være opfyldt for at få ydelsen udbetalt, fremgår af den indgåede pensionsaftale og kan således variere.

Som følge af at det er samme erhvervsevne, der vurderes i hhv. det offentlige system og i den private forsikringsordning, vil der naturligvis ofte være sammenfald mellem de to vurderinger, men forskellige vurderinger forekommer jævnligt.

Eksisterende forsikringsaftaler

For så vidt angår de forsikringsaftaler der er indgået i de senere år, kan det anføres, at det ikke følger af forsikringsbetingelserne, at tilkendelse af eksempelvis mellemste førtidspension samtidig medfører krav om udbetaling fra den private forsikringsordning. Det kan dog ikke udelukkes, at der i de ældre bestande kan eksistere en direkte sammenkædning mellem tilkendelse af eksempelvis mellemste førtidspension fra det offentlige og den private forsikringsordning.

I dag anvendes i nogle private forsikringsordninger en formulering i forsikringsbetingelserne, der angiver, at fortsat udbetaling af den invaliditetsbetingede forsikringsydelse *kan* gøres betinget af, at forsikrede tilkendes relevant førtidspension fra det offentlige, mens det i andre forsikringsordninger direkte er angivet i forsikringsbetingelser, at der ingen sammenhæng er mellem selskabets vurdering af erhvervsevnen og en eventuel offentlig vurdering.

Eksisterende praksis

Nogle private forsikringsordninger har valgt i praksis at lægge mindre vægt på den selvstændige vurdering af erhvervsevnen, såfremt forsikrede tilkendes helbredsbetinget førtidspension fra det offentlige, mens der i andre private forsikringsordninger i praksis ingen sammenhæng er mellem vurderingerne.

Overvejelser vedr. eksisterende forsikringsaftaler og praksis

F&P er i gang med at overveje, hvilken betydning det har, at det i nogle eksisterende aftaler *kan* betinges, at forsikrede tilkendes eksempelvis mellemste førtidspension, for at opnå udbetaling fra den private forsikringsordning, når denne ydelse må forventes at forsvinde pr. 1. januar 2003.

Desuden overvejes det, hvilken betydning det har, at nogle private forsikringsordninger har valgt en praksis hvor, der er større sammenfald mellem den offentlige afgørelse vedrørende mellemste førtidspension og udbetaling fra den private forsikringsordning.

Som følge af at det ikke kan udelukkes, at der i de ældre bestande eksisterer en direkte sammenkædning mellem tilkendelse af eksempelvis mellemste førtidspension fra det offentlige, og den indgåede forsikringsaftale, overvejes indholdet af sådanne eventuelle bestande ligeledes.

F&P's foreløbige vurderinger

Konsekvenserne af førtidspensionsreformen må vurderes konkret på baggrund af forsikringsaftalernes indhold og livsforsikringsselskabet eller pensionskassens praksis. Herunder må det vurderes, om der kan gennemføres en formålsfortolkning. I den konkrete vurdering vil det formentlig også have betydning, i hvilket omfang tilkendelse af offentlig førtidspension i praksis vil blive ændret som følge af reformen.

Det er F&P's foreløbige vurdering, at indførelsen af arbejdsevnekriteriet er en så principiel ændring, at tilkendelseskriterierne for offentlig førtidspension og privat invalidepension (efter gældende betingelser) vil blive væsensforskellige. Vurderingen vil blive baseret på to forskellige sæt af kriterier, hvorfor der ikke kan være nogen forventninger om sammenhæng mellem offentlig og privat pensionstilkendelse.

Det er derfor F&P's vurdering, at henvisningen i forsikringsbetingelserne til helbredsbetinget offentlig førtidspension formelt mister sit indhold pr. 1. januar 2003. Da bestemmelsen imidlertid i dag er formuleret som en mulighed, som selskabet har ret til at benytte, er det umiddelbart vurderingen, at bortfaldet ikke indebærer nogen forringelse af forsikredes retsstilling. For selskabet indebærer lovændringen formentlig, at selskabet mister muligheden for at gøre udbetaling betinget af tilkendelse af offentlig førtidspension. For fremtidige forsikringsaftaler må selskaberne vurdere, om man ønsker at tilpasse kriterierne i lyset af førtidspensionsreformen.

For de eksisterende aftaler, hvor der ikke i forsikringsbetingelserne er retskrav på udbetaling, og hvor der ikke ifølge praksis er en entydig sammenhæng mellem den offentlige vurdering af erhvervsevnen og vurderingen efter den private forsikringsordning, er det F&P's vurdering, at indførelsen af arbejdsevnekriteriet ikke har nogen virkning, idet selskabet blot fortsætter den individuelle og selvstændige vurdering af erhvervsevnen. I relation til de eksisterende aftaler, hvor der i praksis har været større sammenfald mellem den offentlige afgørelse vedrørende mellemste førtidspension og udbetaling fra den private forsikringsordning, er det F&P's umiddelbare vurdering, at der ikke er et retskrav på udbetaling fra den private forsikringsordning, hvis det offentlige tilkender offentlig førtidspension efter arbejdsevnekriteriet fra 1. januar 2003. Begrundelsen er, at der ikke vil være sammenfald mellem den gruppe, der i dag tilkendes mellemste førtidspension, og den gruppe der tilkendes offentlig førtidspension efter arbejdsevnekriteriet i fremtiden.

Såfremt der eksisterer vilkår, hvor der er direkte sammenkædning mellem tilkendelse af mellemste førtidspension fra det offentlige og tilkendelse fra den private pensionsordning, er det F&P's umiddelbare vurdering, at det ud fra en formålsfortolkning må afgøres, om livsforsik-

ringsselskabet eller pensionskassen er forpligtet til at følge fremtidige tilkendelser af offentlig førtidspension efter arbejdsevnekriteriet, eller om selskabet eller kassen skal foretage vurderingen ud fra det oprindeligt aftalte erhvervsevnetabskriterium.

******

Såvel i de enkelte livsforsikringsselskaber og pensionskasser som i F&P vil følgerne af førtidspensionsreformen blive nøjere analyseret i den kommende tid, og der vil i den forbindelse blive truffet beslutning om, hvordan forsikringsvilkårene for fremtidige aftaler skal udformes.

Såfremt Justitsministeriet måtte have yderligere spørgsmål, står Forsikring & Pension til rådighed.

Med venlig hilsen

Carsten Andersen

Dorthe Bundgaard

Økonomiministeriet

3. juli 1998
Eksp.nr. 117006

Besvarelse af spørgsmål 66-67 (Alm. del - bilag 247) stillet af Folketingets Socialudvalg den 26. juni 1998

Spørgsmål 66:
Finder ministeren det er rimeligt, at udbetalinger af private pensionsforsikringer i policen gøres betinget af opnåelse af bestemte offentlige pensioner?

Svar:
Såvel inden for livsforsikring som skadesforsikring kan der tegnes forsikringer, der indeholder en invaliditetsdækning. Det er op til det enkelte selskab - inden for forsikringsaftalelovens rammer - at fastsætte forsikringsbetingelser og præmier.

Forsikringsbranchen har som begrundelse for, at udbetaling af en invaliditetsdækning gøres betinget af opnåelse af bestemte offentlige pensioner anført, at der er tale om en praktisk fremgangsmåde for selskaberne samt, at det offentliges bedømmelse af den syges helbredstilstand sker under samme betryggende forhold, som var bedømmelsen sket på vegne af forsikringsselskabet og forsikrede. Med denne praksis undgås også den situation, at den forsikrede bliver betragtet som rask i følge offentlige erklæringer, men erklæres invalid af sit forsikringsselskab.

Det er min opfattelse, at forsikringsselskabernes praksis på området er hensigtsmæssig bl.a. ud fra et administrativt synspunkt. I den forbindelse skal det nævnes, at den omtalte praksis også kommer kunderne til gode i form af

mindre omkostninger til administration. Derudover lægger jeg vægt på, at lovgivningen ikke er til hinder for, at en anden løsning kan aftales mellem det enkelte forsikringsselskab og kunden.

Spørgsmål 67:

Ministeren bedes undersøge, i hvor stort omfang disse klausuler anvendes i dag i forhold til for fem år siden.

Svar:

Ud fra den viden Finanstilsynet har, tegner der sig et billede af, at forsikringsselskaberne igennem flere år har betinget sig en mulighed for at gøre retten til udbetaling af invaliderente betinget af, at forsikrede tilkendes offentlig helbredsbetinget førtidspension, eventuelt indenfor en kortere årrække.

Den norske forsikringsaftalelovs regler om kollektive forsikringer

Kapittel 9. Særlige regler om kollektive forsikringer. (Skadeforsikring)

§ 9-1. *(forholdet til loven for øvrig)*

Når ikke annet følger av reglene i dette kapitlet, gjelder reglene i loven ellers for kollektive forsikringer så langt de passer.

§ 9-2. *(hva en kollektiv forsikringsavtale skal inneholde)*

En avtale om kollektiv forsikring skal inneholde vilkårene, eller regler om hvordan vilkårene skal fastsettes.

Avtalen skal dessuten fastsette:

(a) hvem som er eller kan bli medlemmer etter avtalen,

(b) om det er adgang til å reservere seg mot medlemskap,

(c) hvordan man skal forholde seg for å bli medlem, reservere seg mot å bli medlem dersom det er adgang til det, eller tre ut av ordningen,

(d) om det skal føres fortegnelse over medlemmene, og om fortegnelsen i så fall skal føres av forsikringstakeren eller av selskapet,

(e) om premien skal betales til selskapet av forsikringstakeren eller av de enkelte medlemmer,

(f) forsikringstakerens plikter i forbindelse med melding til eller fra medlemmene, og

(g) hvilke vilkår som må være oppfylt for at forsikringen skal bli effektiv eller skal kunne opprettholdes.

§ 9-3. *(informasjon om forsikringen)*

Når forsikringsordningen er etablert, og senere med passende mellomrom, skal selskapet og forsikringstakeren på forsvarlig måte sørge for at de som er eller kan bli medlemmer, blir orientert om forhold som er nevnt i § 9-2 og om tilleggsdekninger det kan være aktuelt for medlemmene å tegne. Hvis vilkårene ikke går fram av forsikringsavtalen, skal det også orienteres om dem. Bruksbegrensninger, sikkerhetsforskrifter og frist for å gi melding om forsikringstilfellet, jf § 2-2 bokstavene b til d skal særlig fremheves.

§ 9-4. *(forsikringsbevis)*

Blir det i henhold til § 9-2 annet ledd bokstav d ført fortegnelse over medlemmene, skal den som fører fortegnelsen, uten ugrunnet opphold sørge for at enhver som blir medlem får forsikringsbevis og de vilkår som gjelder for forsikringen.

Overfor den som har fått forsikringsbevis kan det ikke gjøres gjeldende at han eller hun ikke fyller vilkårene for å være medlem av forsikringsordningen, eller at han eller hun ikke har krav på de ytelsene som fremgår av beviset. Dette gjelder likevel ikke dersom det klart går frem av beviset at han eller hun ikke fyller vilkårene eller ikke har krav på ytelsene. Heller ikke gjelder det hvis selskapet kan si seg helt eller delvis fri for ansvar etter reglene i § 4-2, eller hvis det er gitt varsel om opphør eller endring etter § 9-6.

§ 9-5. *(når selskapets ansvar begynner å løpe)*

Dersom ikke annet er avtalt eller følger av forholdet, begynner selskapets ansvar å løpe når avtalen er inngått.

For et medlem som senere kommer til, trer forsikringen i kraft når det i samsvar med avtalen er sendt melding eller betalt premie, eller, om melding ikke er påkrevd, når vedkommende fyller vilkårene for å være medlem.

§ 3-1 fjerde ledd gjelder tilsvarende.

§ 9-6. *(forsikringens opphør)*

Når et medlem av en kollektiv forsikring der det føres fortegnelse over medlemmene, trer ut av den gruppe som avtalen omfatter, opphører forsikringen for medlemmets vedkommende tidligst 14 dager etter at skriftlig påminnelse er sendt fra selskapet eller forsikringstakeren. I en forsikring hvor det ikke føres fortegnelse, eller hvor påminnelse som nevnt i forrige punktum ikke blir sendt, opphører forsikringen tidligst to måneder etter at medlemmet trådte ut av gruppen. Første og annet punktum gjelder ikke dersom medlemmet har tegnet annen forsikring eller gått inn i tilsvarende annen kollektiv forsikringsordning.

Dersom forsikringstakeren eller selskapet sier opp eller unnlater å fornye forsikringen, eller dersom selskapets ansvar opphører å løpe på grunn av forsikringstakerens manglende premiebetaling, skal det sendes skriftlig melding til medlemmer som det er ført fortegnelse over, eller de skal varsles på annen forsvarlig måte. For det enkelte medlem opphører forsikringen i så fall tidligst en måned etter at melding er sendt eller medlemmet på annen måte er blitt kjent med forholdet. Første ledd tredje punktum gjelder tilsvarende.

Reglene i denne paragrafen gjelder ikke ved forsikring som etter sitt formål bare skal gjelde i et begrenset tidsrom.

§ 9-7. *(endring av vilkårene)*

Dersom vilkårene for forsikringen blir endret til skade for medlemmene, gjelder reglene i § 9-6 annet ledd tilsvarende.

§ 9-8. *(meldinger fra eller til medlemmene av en kollektiv forsikring)*

Blir en melding i forsikringsforholdet gitt til forsikringstakeren, kan det ikke gjøres gjeldende at den ikke er kommet fram til selskapet. Dette gjelder likevel ikke dersom medlemmet hadde grunn til å tro at meldingen ikke ville komme fram til selskapet, og hadde mulighet for å varsle dette.

Har forsikringstakeren etter denne loven eller etter avtalen plikt til å sende melding til medlemmene eller på annen måte varsle dem, og unnlater forsikringstakeren dette, får unnlatelsen i forhold til medlemmene samme virkning som om den var skjedd i selskapet. Dette gjelder likevel ikke dersom medlemmet på annet måte var blitt kjent med meldingen og hadde rimelig mulighet for å innrette seg etter den.

Kapittel 19. Særlige regler om kollektive forsikringer. (Personforsikring)

§ 19-1. *(forholdet til loven for øvrig)*

Når ikke annet følger av reglene i dette kapitlet, gjelder reglene i loven ellers for kollektive forsikringer så langt de passer.

§ 19-2. *(hva en kollektiv forsikringsavtale skal inneholde)*

En avtale om kollektiv forsikring skal fastsette:

(a) selskapets ytelser under avtalen,

(b) om det er adgang til å reservere seg mot medlemskap,

(c) hvem som er eller kan bli medlemmer etter avtalen,

(d) hvordan man skal forholde seg for å bli medlem, reservere seg mot å bli medlem dersom det er adgang til det, eller tre ut av ordningen.

(e) om det skal føres fortegnelse over medlemmene, og om fortegnelsen i så fall skal føres av forsikringstakeren eller av selskapet,

(f) om premien skal betales til selskapet av forsikringstakeren eller av de enkelte medlemmer,

(g) forsikringstakerens plikter i forbindelse med meldinger til eller fra medlemmene,

(h) hvem som har krav på forsikringssummen, dersom reglene i § 15-1 skal fravikes,

(i) hvilke vilkår som må være oppfylt for at forsikringen skal bli effektiv eller skal kunne opprettholdes, og

(j) medlemmenes adgang til å disponere over sine rettigheter etter avtalen, jf §§ 19-12 og 19-13.

Avtale om kollektiv pensjonsforsikring skal fastsette om forsikringens overskudd skal godskrives forsikringstakeren eller medlemmene. Overskudd på midler tilknyttet foretakspensjonsordning med skattefordel skal likevel anvendes i samsvar med regler gitt i lov om foretakspensjon. Overskudd på midler tilknyttet innskuddspensjonsordning med skattefordel skal anvendes i samsvar med regler gitt i innskuddspensjonsloven.

Endret ved lover 24 mars 2000 nr. 16 (i kraft 1 jan 2001 iflg. res. 25 aug 2000 nr. 879), 24 nov 2000 nr. 81 (i kraft 1 jan 2001 iflg. res. 24 nov 2000 nr. 1167).

§ 19-3. *(informasjon om forsikringen)*

Når forsikringsordningen er etablert, og senere med passende mellomrom, skal selskapet og forsikringstakeren på forsvarlig måte sørge for at de som er eller kan bli medlemmer, blir orientert om de forhold som er nevnt i § 19-2 og om tilleggsdekninger det kan være aktuelt for medlemmene å tegne.

§ 19-4. *(forsikringsbevis)*

Blir det i henhold til § 19-2 bokstav e ført fortegnelse over medlemmene, skal den som fører fortegnelsen, uten ugrunnet opphold sørge for at enhver som blir medlem, får forsikringsbevis og de vilkår som gjelder for forsikringen.

Overfor den som har fått forsikringsbevis, kan det ikke gjøres gjeldende at han eller hun ikke fyller vilkårene for å være medlem av forsikringsordningen, eller at han eller hun ikke har krav på de ytelser som fremgår av beviset. Dette gjelder likevel ikke dersom det klart går frem av beviset at vedkommende ikke fyller vilkårene eller ikke har krav på ytelsene. Heller ikke gjelder det dersom selskapet kan si seg helt eller delvis fri for ansvar etter reglene i § 13-2, eller dersom det er gitt varsel om opphør eller endring av avtalen etter § 19-6 eller § 19-8.

Endret ved lov 24 jan 1997 nr. 14.

§ 19-5. *(når selskapets ansvar begynner å løpe)*

Dersom ikke annet er avtalt eller følger av forholdet, begynner selskapets ansvar å løpe når avtalen er inngått.

For et medlem som senere kommer til, trer forsikringen i kraft når det i samsvar med avtalen er sendt melding eller betalt premie, eller, om melding ikke er påkrevd, når vedkommende fyller vilkårene for å være medlem.

§ 12-2 fjerde ledd gjelder tilsvarende.

§ 19-6. *(forsikringens opphør)*

Når et medlem av en kollektiv forsikring der det føres fortegnelse over medlemmene, trer ut av den gruppe som avtalen omfatter, opphører forsikringen for medlemmets vedkommende tidligst 14 dager etter at skriftlig påminnelse er sendt fra selskapet eller forsikringstakeren. I en forsikring der det ikke føres fortegnelse over medlemmene, eller hvor påminnelse som nevnt i første punktum ikke blir sendt, opphører forsikringen tidligst to måneder etter at medlemmet trådte ut av gruppen. Ved forsikringstilfeller som selskapet svarer for etter første eller annet punktum, kan selskapet gjøre fradrag i erstatningen i den utstrekning vedkommende i mellomtiden er kommet inn under en tilsvarende forsikring og får erstatning under den.

Hvis forsikringstakeren eller selskapet sier opp eller unnlater å fornye forsikringen, eller selskapets ansvar opphører å løpe på grunn av forsikringstakerens manglende premiebetaling, skal medlemmene varsles ved skriftlig melding eller på annen forsvarlig måte. For det enkelte medlem opphører forsikringen i så fall tidligst en måned etter at varsel er gitt eller medlemmet på annen måte er blitt kjent med forholdet. Første ledd tredje punktum gjelder tilsvarende.

Reglene i denne paragrafen gjelder ikke for en forsikring som etter sitt formål bare skal gjelde i et begrenset tidsrom.

§ 19-7. *(medlemmets rett til å fortsette en livsforsikring individuelt)*

Når en kollektiv livsforsikring opphører, har medlemmene hver for seg rett til å fortsette forsikringsforholdet med individuell premieberegning uten å gi nye helseopplysninger. Samme rett har et medlem som av annen grunn enn alder trer ut av den gruppen som forsikringen omfatter. Medlemmet skal i skriftlig melding eller på annen forsvarlig måte varsles om adgangen til å tegne fortsettelsesforsikring. Medlemmet må benytte seg av denne adgangen innen seks måneder etter at selskapets ansvar er falt bort.

Første ledd gjelder bare for en forsikring som er dekket i selskap som har tillatelse til å drive livsforsikringsvirksomhet.

§ 19-8. *(endring av vilkårene)*

Selskapet kan ta forbehold om at det kan endre vilkår og premie i forsikringstiden.

Dersom vilkårene for forsikringen blir endret til skade for medlemmene, gjelder reglene i § 19-6 annet ledd tilsvarende.

§ 19-9. *(meldinger fra eller til medlemmene)*

Blir en melding i forsikringsforholdet gitt til forsikringstakeren, kan det ikke gjøres gjeldende at den ikke er kommet fram til selskapet. Dette gjelder likevel ikke dersom medlemmet hadde grunn til å tro at meldingen ikke ville komme fram til selskapet, og hadde mulighet for å varsle dette.

Hvis forsikringstakeren etter denne loven eller etter avtalen har plikt til å sende melding til medlemmene eller på annen måte varsle dem, og forsikringstakeren unnlater dette, får unnlatelsen i forhold til medlemmene samme virkning som om den var skjedd i selskapet. Dette gjelder likevel ikke dersom medlemmet på annen måte var blitt kjent med meldingen, og hadde rimelig mulighet til å innrette seg etter den.

§ 19-10. *(tegning av livsforsikring uten opplysninger om risikoen)*

I kollektiv livsforsikring kan det uten hinder av § 13-5 avtales at selskapet ikke svarer for arbeidsuførhet som inntrer innen to år etter at selskapets ansvar begynte å løpe, og som skyldes sykdom eller lyte som medlemmet hadde på dette tidspunkt, og som det må antas at medlemmet kjente til. Tilsvarende gjelder for en risiko knyttet til en medforsikret person som ikke har avgitt helseerklæring. Første punktum får også anvendelse for særlige ytelser som tilfaller etterlatte som følge av medlemmets død, men slik at det ikke kan avtales lengre ansvarsfrihet enn ett år fra det tidspunkt da selskapets ansvar begynte å løpe.

Endret ved lov 24 jan 1997 nr. 14.

§ 19-11. *(retten til forsikringssum som forfaller ved et medlems død)*

Ved kollektiv forsikring som ikke tjener forsørgelsesformål, kan det avtales at forsikringstakeren skal ha rett til forsikringssummen.

Er det tegnet kollektiv forsikring på arbeidstakeres liv, kan det i avtale mellom arbeidsgiveren og de ansatte eller deres organisasjon fastsettes hvilke bestemmelser om retten til forsikringssummen ved et medlems død som skal tas inn i forsikringsavtalen. Tilsvarende gjelder når en forening har

tegnet kollektiv forsikring på medlemmenes liv.

Er det ikke truffet bestemmelser som nevnt i første og annet ledd, og medlemmet heller ikke har oppnevnt en begunstiget, jf § 19-12, gjelder reglene i § 15-1 annet til fjerde ledd tilsvarende i forhold til medlemmets etterlatte.

§ 19-12. *(oppnevnelse av begunstiget)*

I kollektiv forsikring hvor medlemmene selv melder seg til selskapet med ønske om forsikring, kan et medlem oppnevne en begunstiget.

Tilsvarende gjelder i annen kollektiv forsikring, hvis ikke noe annet er bestemt i forsikringsavtalen.

Ved anvendelsen av reglene i § 15-2 til § 15-6 skal bestemmelser som retter seg mot forsikringstakeren, gis tilsvarende anvendelse på medlemmet.

§ 19-13. *(overdragelse og pantsettelse)*

Så lenge et medlems krav mot selskapet ikke er forfalt, kan medlemmet ikke overdra sin rett. Retten etter en kollektiv livsforsikring (kapitalforsikring) kan pantsettes hvis ikke det motsatte er bestemt i avtalen.

§ 19-14. *(omstøtelse av premiebetaling)*

Ved anvendelse av reglene i § 16-2 første ledd skal betaling av premie for pensjonsordning ikke regnes som urimelig i den utstrekning premiene var eller kunne ha vært fradragsberettiget ved beregningen av forsikringstakerens skattbare inntekt.

§ 19-15. *(registrering av forsikringen)*

Ved kollektive forsikringer har selskapet ikke plikt til å registrere hvem som er medlemmer i livsforsikringsregisteret, hvis ikke noe annet er avtalt.

Utskrift av registeret kan også kreves av den som sannsynliggjør sitt medlemskap i en kollektiv forsikring hvor medlemmene ikke er registrert.

Kongen kan bestemme at reglene i §§ 17-2 til 17-4 skal få tilsvarende anvendelse på register over medlemmene av kollektiv forsikring som føres av forsikringstakeren.

någon närstående tillhör gruppen,

frivillig gruppskadeförsäkring: gruppskadeförsäkring som gruppmedlemmarna ansluter sig till genom egen anmälan,

obligatorisk gruppskadeförsäkring: gruppskadeförsäkring som varje medlem i gruppen är ansluten till oavsett egna åtgärder.

Som konsumentförsäkring anses vid tillämpning av detta kapitel gruppförsäkring som meddelas för en grupp konsumenter.

2 § För gruppskadeförsäkring gäller 1 kap., 3 kap. 8 och 9 §§, samt 4 och 6-8 kap., om inte annat föreskrivs i detta kapitel.

Reglerna i 5-10 §§ och 15 § tillämpas inte på gruppskadeförsäkring som gäller vid tillfälligt besök på en bestämd plats eller vid deltagande under högst en månad i en bestämd verksamhet.

3 § Avtal om frivillig gruppskadeförsäkring anses ingånget mellan försäkringsbolaget och gruppmedlemmen på grundval av gruppavtalet.

Avtal om obligatorisk gruppskadeförsäkring anses ingånget mellan försäkringsbolaget och företrädare för gruppen genom gruppavtalet. Genom ett sådant avtal uppkommer ingen betalningsskyldighet för gruppmedlemmen mot försäkringsbolaget.

Den som ingår avtal om gruppskadeförsäkring med bolaget är försäkringstagare.

Information

4 § Innan ett gruppavtal om gruppskadeförsäkring ingås, skall försäkringsbolaget lämna gruppen en information som är utformad så att den underlättar valet av försäkring. Bolaget skall ge den information om försäkringsvillkoren och andra förhållanden som gruppen behöver för att kunna bedöma kostnaderna för och omfattningen av försäkringen. Information skall alltid ges om adressen till bolagets huvudkontor eller, när en agentur eller filial har meddelat försäkringen, till agenturen eller filialen samt angående vilket lands lag som enligt villkoren skall gälla för försäkringen och hur klagomål från försäkringstagarens sida i anledning av försäkringsavtalet skall

9 kap. Gruppskadeförsäkring

Tillämpningsområde m.m.

1 § I detta kapitel betyder

gruppavtal: avtal som sluts med ett försäkringsbolag för en på förhand bestämbar grupp och som anger villkor för avtal om gruppskadeförsäkring,

gruppskadeförsäkring: skadeförsäkring som meddelas enligt ett gruppavtal och som gäller under förutsättning att den försäkrade eller

behandlas.

Innan ett avtal om frivillig gruppskadeförsäkring sluts, skall bolaget också på ett ändamålsenligt sätt ge gruppmedlemmarna information för bedömning av frågan om de med hänsyn till sitt försäkringsskydd i övrigt bör ansluta sig till försäkringen.

Under försäkringstiden och i samband med att försäkringen förnyas skall bolaget i skälig omfattning informera de försäkrade om sådana förhållanden rörande försäkringen som det är av betydelse för dem att känna till. Efter ett försäkringsfall gäller informationsskyldigheten även mot andra som har anspråk mot bolaget.

5 § När en gruppskadeförsäkring har meddelats, skall försäkringsbolaget snarast på ett ändamålsenligt sätt avsända försäkringsbesked för de försäkrades kännedom. Beskeden skall innehålla upplysningar om de väsentliga rättigheter och skyldigheter som följer av försäkringen samt om viktiga avgränsningar av försäkringsskyddet. Detsamma gäller när försäkringen har förnyats, om de nya försäkringsvillkoren innebär en begränsning av försäkringsskyddet eller en väsentlig ändring av försäkringen.

Om en uppgift i ett försäkringsbesked avviker från försäkringsavtalet och avvikelsen inte är till nackdel för den som beskedet är riktat till, gäller uppgiften i försäkringsbeskedet. Uppgiften kan dock inte åberopas, om nya försäkringsbesked eller ett annat meddelande i frågan senast fjorton dagar före försäkringsfallet på ett ändamålsenligt sätt har avsänts för de försäkrades kännedom eller om den som försäkringsbeskedet är riktat till insett eller bort inse att uppgiften är oriktig eller inte längre är giltig.

Reglerna i 2 kap. 5 och 6 §§ tillämpas vid gruppskadeförsäkring.

Tiden för bolagets ansvar

6 § När ett gruppavtal om frivillig gruppskadeförsäkring har ingåtts, räknas tiden för försäkringsbolagets ansvar från den tidpunkt som anges i gruppavtalet. Ansvaret omfattar alla gruppmedlemmar som då fyller anslutningskraven enligt avtalet och som har anslutit sig till försäkringen. Om en gruppmedlem ansluter sig senare, räknas

ansvaret från och med dagen efter anslutningen. Detsamma gäller om gruppavtalet saknar föreskrift om ansvarets inträde.

Anslutning enligt första stycket anses ske när medlemmen gör anmälan hos bolaget eller hos någon som tar emot anmälningar för bolagets räkning.

Om ingen annan tidpunkt har avtalats, räknas vid obligatorisk gruppskadeförsäkring tiden för bolagets ansvar mot medlemmarna från och med dagen efter den då gruppavtalet slöts eller, om någon inträder senare i gruppen, från och med dagen efter inträdet.

7 § När ansvaret har inträtt mot en gruppmedlem, gäller det också mot den som ansluts som försäkrad tillsammans med gruppmedlemmen.

Uppsägning av gruppskadeförsäkringen m.m.

8 § Om gruppavtalet upphör på grund av uppsägning från gruppens sida, upphör försäkringen för samtliga försäkrade vid den tidpunkt som anges i uppsägningen, dock tidigast en månad efter det att uppsägningen togs emot av försäkringsbolaget. När bolaget har tagit emot en uppsägning av frivillig gruppskadeförsäkring, skall det genast ge ett skriftligt meddelande om denna till de försäkrade gruppmedlemmarna.

En försäkrad gruppmedlem har rätt att när som helst säga upp försäkringen att genast upphöra för hans del och för sådana försäkrade som har anslutits tillsammans med honom.

9 § Om en försäkrad gruppmedlem utträder ur gruppen av någon annan anledning än att han uppnår en viss ålder, upphör en månad efter utträdet försäkringsbolagets ansvar för honom och för sådana försäkrade som har anslutits tillsammans med honom.

Bolaget får göra förbehåll om att bestämmelserna i första stycket inte skall gälla, i den mån den försäkrade på något annat sätt har fått eller uppenbarligen kan få skydd av samma slag som tidigare. Om det behövs på grund av försäkringens art, får bolaget göra förbehåll om att första stycket inte heller annars skall tillämpas.

10 § Ett avtal om gruppskadeförsäkring förnyas för en tid av ett år, om inte avtalet har sagts upp för att upphöra vid försäkringstidens slut. I 4 och 5 §§ finns bestämmelser om information i samband med förnyelse.

Ett skriftligt meddelande om uppsägning från försäkringsbolagets sida skall enligt vad som sägs i 16 § ges till den som har ingått gruppavtalet med bolaget och till den försäkrade gruppmedlemmen. Uppsägningen får verkan en månad efter det att meddelandena avsändes.

Första stycket första meningen gäller inte, om annat framgår av avtalet eller omständigheterna i övrigt.

11 § Utom i de fall som anges i 4 kap. 2 § första stycket och 9 kap. 14 § får försäkringsbolaget säga upp en gruppskadeförsäkring för att upphöra i förtid eller ändras under försäkringstiden endast i fråga om gruppmedlemmar som grovt åsidosatt sina förpliktelser mot bolaget. Om en sådan uppsägning gäller 3 kap. 4 § andra stycket.

12 § Försäkringsbolaget får inte mot den försäkrade åberopa att någon annan än han eller någon som är försäkrad tillsammans med honom har eftersatt sin upplysningsplikt eller anmälningsskyldighet enligt 4 kap. 1-4 §§ eller haft vetskap om ett sådant förhållande.

Premien

13 § Om inte premiebetalningen är ett villkor för att försäkringsbolagets ansvar skall inträda, skall första premien för en gruppskadeförsäkring betalas inom fjorton dagar från den dag då bolaget avsände krav på premien till den som enligt försäkringsavtalet skall betala premien till bolaget.

Premien för en senare premieperiod och första premien för en försäkring som har förnyats enligt 10 § skall betalas senast på periodens första dag. En premie som avser längre tid än en månad behöver dock inte betalas tidigare än en månad från den dag då bolaget avsände krav på premien till den som enligt försäkringsavtalet skall betala premien till bolaget.

Bestämmelserna i 5 kap. 5-7 §§ tillämpas vid gruppskadeförsäkring.

14 § Betalas inte premien i rätt tid, får försäkringsbolaget säga upp försäkringen.

Ett meddelande om uppsägningen skall enligt vad som sägs i 16 § ges till den som har ingått gruppavtalet med bolaget och till den försäkrade gruppmedlemmen. Uppsägningen får verkan fjorton dagar efter det att meddelandena avsändes, om inte premien betalas inom denna frist. Meddelandena skall innehålla uppgift om detta. Saknas uppgiften, får uppsägningen ingen verkan.

15 § Har premien för en frivillig gruppskadeförsäkring inte kunnat betalas inom den i 14 § andra stycket angivna fristen därför att den försäkrade gruppmedlemmen har blivit svårt sjuk eller berövats friheten, därför att han inte har fått ut pension eller intjänad lön från sin huvudsakliga anställning eller därför att något liknande oväntat hinder har inträffat för hans del, får en uppsägning enligt 14 § första stycket verkan först en vecka efter det att hindret har fallit bort, dock senast tre månader efter fristens utgång.

Om vid frivillig gruppskadeförsäkring ett dröjsmål med premien beror på försummelse av någon som enligt gruppavtalet skall betala premien för gruppens räkning, får uppsägningen verkan för den försäkrade gruppmedlemmen och försäkrade som har anslutits tillsammans med honom först en vecka efter det att medlemmen själv har fått kännedom om dröjsmålet, dock senast tre månader efter utgången av den frist som anges i 14 § andra stycket.

Meddelanden till de försäkrade

16 § Om försäkringsbolaget enligt någon bestämmelse i denna lag eller i gruppavtalet skall tillställa en försäkrad en uppsägning eller ett annat meddelande, skall bolaget på ändamålsenligt sätt sända detta för hans kännedom. Ett meddelande som avser bestämda gruppmedlemmar skall sändas till dessa personligen.

10 kap. Kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring

Tillämpningsområde m.m.

1 § Bestämmelserna i denna lag om kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring tillämpas på skadeförsäkringar som

1. tecknas av arbetsgivare för att ge försäkringsskydd åt anställda,
2. meddelas enligt försäkringsvillkor som följer ett i villkoren angivet kollektivavtal mellan en arbetsgivarorganisation och en arbetstagarorganisation och
3. tecknas hos ett försäkringsbolag enligt vad som framgår av kollektivavtalet.

En kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring kan omfatta även arbetsgivaren själv och andra som har anknytning till hans verksamhet. Närstående till anställda eller andra försäkrade kan också omfattas av försäkringen.

Om försäkringsskyddet enligt ett kollektivavtal som avses i första stycket skall gälla också för anställda hos sådana arbetsgivare som inte har tecknat försäkring trots att de har varit skyldiga att göra det, skall utbetalad ersättning anses som ersättning från en kollektivavtalsgrundad försäkring.

2 § För kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring gäller 1 kap., 3 kap. 8 och 9 §§, 4 och 6 kap., 7 kap. 1-4 §§ och 6-9 §§ samt 8 kap. Dessutom gäller bestämmelserna i detta kapitel.

Upplysnings- och anmälningsplikt enligt 4 kap. åvilar även den försäkrade.

Vad som i 3-5 §§ sägs om anställda gäller också andra som omfattas av försäkringen.

3 § Arbetsgivaren ingår avtal om kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring med försäkringsbolaget och är försäkringstagare.

En anställd som försäkringen avser att skydda anses som försäkrad, även om försäkringen gäller ersättningsskyldighet för arbetsgivaren.

Information

4 § När en överenskommelse som medför skyldighet för arbetsgivare att teckna en kollektivavtalsgrundad försäkring har ingåtts, skall försäkringsbolaget och de arbetsmarknadsparter som har slutit det kollektivavtal som försäkringen följer på lämpligt sätt informera de arbetsgivare och anställda som berörs av överenskommelsen. Informationen skall avse arbetsgivarnas skyldighet att teckna försäkring, kostnaderna för försäkringen och omfattningen av denna. Information skall alltid ges om adressen till bolagets huvudkontor eller, när en agentur eller filial har meddelat försäkringen, till agenturen eller filialen samt angående vilket lands lag som enligt villkoren skall gälla för försäkringen och hur klagomål från försäkringstagarens sida i anledning av försäkringen skall behandlas.

Under försäkringstiden skall bolaget och arbetsmarknadsparterna i skälig omfattning informera arbetsgivare och anställda om sådana förhållanden rörande försäkringen som det är av betydelse för dem att känna till. Informationsskyldigheten med anledning av försäkringsfall åvilar bolaget och gäller även mot andra som har anspråk mot bolaget.

5 § När en kollektivavtalsgrundad försäkring har meddelats, skall försäkringsbolaget snarast på ändamålsenligt sätt avsända försäkringsbesked för de anställdas kännedom. Beskeden skall innehålla upplysningar om de väsentliga rättigheter och skyldigheter som följer av försäkringen samt om viktiga avgränsningar av försäkringsskyddet. Detsamma gäller när försäkringen har ändrats, om de nya försäkringsvillkoren innebär en begränsning av försäkringsskyddet eller en väsentlig ändring av försäkringen.

Om en uppgift i ett försäkringsbesked avviker från försäkringsavtalet och avvikelsen inte är till nackdel för den som beskedet är riktat till, gäller uppgiften i försäkringsbeskedet. Uppgiften kan dock inte åberopas, om nya försäkringsbesked eller annat meddelande i frågan senast fjorton dagar före försäkringsfallet på ändamålsenligt sätt har avsänts för de anställdas kännedom eller om den som försäkringsbeskedet är riktat till har insett eller bort inse att uppgiften är oriktig

eller inte längre är giltig.

Reglerna i 2 kap. 5 § tillämpas vid kollektivavtalsgrundad försäkring.

Om bolaget underlåter att fullgöra sin informationsskyldighet enligt denna lag, gäller 2 kap. 6 §.

Tiden för bolagets ansvar

6 § När en arbetsgivare tecknar en försäkring som han enligt kollektivavtal är skyldig att teckna, räknas tiden för bolagets ansvar från och med den dag då arbetsgivaren blev bunden av kollektivavtalet eller den senare dag som anges i kollektivavtalet. I annat fall räknas tiden från och med dagen efter den då ansökan om försäkring avsändes eller lämnades till bolaget.

Uppsägning av försäkringen

7 § Försäkringsvillkoren får innehålla att försäkringen inte kan upphöra på grund av uppsägning, så länge arbetsgivaren enligt kollektivavtal är skyldig att hålla försäkringen. Om villkoren inte innehåller en sådan bestämmelse, gäller vad som anges i andra stycket.

En försäkring som gäller tills vidare kan sägas upp till utgången av månaden efter den då uppsägning sker. Vid försäkring som gäller för viss tid kan bolaget säga upp försäkringen för upphörande i förtid bara om premien inte erläggs i rätt tid. Uppsägningstiden skall då vara en månad, räknat från det att bolaget avsände uppsägningen till arbetsgivaren.

Ändring av försäkringen

8 § Försäkringsbolaget får i försäkringsvillkoren förbehålla sig rätt att ändra försäkringen under försäkringstiden. Ändring får dock göras bara med godkännande av de arbetsmarknadsparter som har slutit det kollektivavtal som försäkringen följer.

Efterskydd

9 § När någon lämnar sin anställning har han rätt till efterskydd enligt vad som föreskrivs i försäkringsvillkoren. Detsamma gäller när någon av någon annan anledning inte längre uppfyller kraven för att omfattas av försäkringen.

Oriktiga uppgifter

10 § Försäkringsbolaget får inte vid tillämpning av reglerna i 4 kap. 1-4 §§ mot den som kräver ersättning åberopa att någon annan än han eller någon som är försäkrad tillsammans med honom har eftersatt sin upplysnings- eller anmälningsskyldighet eller haft vetskap om ett sådant förhållande.

18 kap. Gruppersonförsäkring

Tillämpningsområde m.m.

1 § I detta kapitel betyder

gruppavtal: avtal som sluts med ett försäkringsbolag för en på förhand bestämbar grupp personer och som anger villkor för avtal om gruppförsäkring,

gruppersonförsäkring: personförsäkring som meddelas enligt ett

gruppavtal och som gäller under förutsättning att den försäkrade eller någon närstående tillhör gruppen,

frivillig gruppersonförsäkring: gruppersonförsäkring som gruppmedlemmarna ansluter sig till genom egen anmälan,

obligatorisk gruppersonförsäkring: gruppersonförsäkring som varje medlem i gruppen är ansluten till oavsett egna åtgärder,

medförsäkrad: sådan närstående till gruppmedlem som är försäkrad tillsammans med honom.

2 § För gruppersonförsäkring gäller 1, 13 och 15-17 kap. Dessutom gäller bestämmelserna i detta kapitel. Reglerna i 5-12, 16 § andra stycket, 17 och 18 §§ tillämpas dock inte på försäkring som gäller vid tillfälligt besök på en bestämd plats eller vid deltagande under högst en månad i en bestämd verksamhet.

3 § Avtal om frivillig gruppersonförsäkring anses ingånget mellan försäkringsbolaget och gruppmedlemmen på grundval av gruppavtalet.

Avtal om obligatorisk gruppersonförsäkring anses ingånget mellan försäkringsbolaget och företrädaren för gruppen genom gruppavtalet. Genom ett sådant avtal uppkommer ingen betalningsskyldighet för gruppmedlemmar mot försäkringsbolaget.

Den som ingår avtal om gruppersonförsäkring med bolaget är försäkringstagare. Vid tillämpning av 15 och 16 kap. och i fråga om rätten till försäkringsersättning i övrigt anses dock varje försäkrad som försäkringstagare, såvitt försäkringen gäller på hans liv eller hälsa.

Information

4 § Innan ett gruppavtal om gruppersonförsäkring ingås, skall försäkringsbolaget lämna gruppen en information som är utformad så att den underlättar en bedömning av gruppmedlemmarnas försäkringsbehov och valet av försäkring. Bolaget skall ge den information om försäkringsskyddets omfattning, försäkringsvillkoren i övrigt och andra förhållanden som gruppen behöver för att kunna bedöma

kostnaden för och förmånerna av försäkringen. Viktiga avgränsningar av försäkringsskyddet skall vara särskilt framhävda. Informationen skall ange vilket lands lag som enligt villkoren skall gälla för försäkringen och hur klagomål från försäkringstagarens sida angående försäkringsavtalet skall behandlas. Innan ett avtal om frivillig gruppersonförsäkring sluts, skall bolaget också på ett ändamålsenligt sätt ge gruppmedlemmarna information för bedömning av frågan om de bör ansluta sig till försäkringen.

Under försäkringstiden och i samband med att försäkringen förnyas skall bolaget i skälig omfattning informera de försäkrade om sådana förhållanden rörande försäkringen som det är av betydelse för dem att känna till. Efter ett försäkringsfall gäller informationsskyldigheten även mot andra som har anspråk mot bolaget. Bestämmelserna i 11 kap. 4 § tredje och fjärde styckena skall tillämpas vid gruppersonförsäkring.

Utgör gruppersonförsäkringen en livförsäkring, en sjuk- eller olycksfallsförsäkring som meddelats som tillägg till livförsäkring eller en sådan sjuk- eller olycksfallsförsäkring som avses i 2 kap. 3 b § första stycket klass 4 försäkringsrörelselagen (1982:713)[1] gäller om information enligt första och andra styckena vad som sägs i 11 kap. 6 §.

5 § När en gruppersonförsäkring har meddelats, skall försäkringsbolaget snarast på ett ändamålsenligt sätt avsända försäkringsbesked för de försäkrades kännedom. Beskeden skall innehålla upplysningar om de väsentliga rättigheter och skyldigheter som följer av försäkringen samt om viktiga avgränsningar av försäkringsskyddet. Detsamma gäller när försäkringen har förnyats, om de nya försäkringsvillkoren innebär en begränsning av försäkringsskyddet eller en väsentlig ändring av försäkringen.

Om en uppgift i ett försäkringsbesked avviker från försäkringsavtalet och avvikelsen inte är till nackdel för den som beskedet är riktat

[1] Lydelse enligt lagrådsremiss den 25 mars 1993 om ändrad lagstiftning för försäkringsverksamhet med anledning av EES-avtalet.

till, gäller uppgiften i försäkringsbeskedet. Uppgiften kan dock inte åberopas, om nya försäkringsbesked eller ett annat meddelande i frågan senast fjorton dagar före försäkringsfallet på ett ändamålsenligt sätt har avsänts för de försäkrades kännedom eller om den som försäkringsbeskedet är riktat till har insett eller bort inse att uppgiften är oriktig eller inte längre är giltig.

Reglerna i 11 kap. 5 och 7 §§ tillämpas vid gruppersonförsäkring.

Tiden för bolagets ansvar

6 § När ett gruppavtal om frivillig gruppersonförsäkring har ingåtts, räknas tiden för försäkringsbolagets ansvar från den tidpunkt som anges i gruppavtalet. Ansvaret omfattar alla gruppmedlemmar som då fyller anslutningskraven enligt avtalet och som har anslutit sig till försäkringen. Om en gruppmedlem ansluter sig senare, räknas ansvaret från och med dagen efter anslutningen. Detsamma gäller om gruppavtalet saknar föreskrift om ansvarets inträde.

Anslutningen enligt första stycket anses ske när medlemmen gör anmälan hos bolaget eller hos någon som tar emot anmälningar för bolagets räkning.

Om ingen annan tidpunkt har avtalats, räknas vid obligatorisk gruppersonförsäkring tiden för bolagets ansvar mot medlemmarna från och med dagen efter den då gruppavtalet slöts eller, om någon inträder senare i gruppen, från och med dagen efter inträdet.

7 § När ansvaret inträder mot en gruppmedlem, gäller det också mot den som ansluts som medförsäkrad till honom.

Uppsägning av försäkringen m.m.

8 § Om gruppavtalet upphör på grund av uppsägning från gruppens sida, upphör försäkringen för samtliga gruppmedlemmar och deras medförsäkrade vid den tidpunkt som anges i uppsägningen, dock tidigast en månad efter det att uppsägningen togs emot av försäkringsbolaget. När bolaget har tagit emot en uppsägning av frivillig gruppersonförsäkring, skall det genast sända ett meddelande om denna till de försäkrade gruppmedlemmarna. I meddelandet skall

anges om de försäkrade har rätt till fortsättningsförsäkring enligt 11 §.

En försäkrad gruppmedlem har rätt att när som helst säga upp försäkringen att genast upphöra för hans och hans medförsäkrades del.

9 § Om en försäkrad gruppmedlem utträder ur gruppen av någon annan anledning än att han uppnår en viss ålder, upphör försäkringsbolagets ansvar mot honom och hans medförsäkrade tre månader efter utträdet. Om en make är medförsäkrad och äktenskapet upplöses, upphör ansvaret mot den medförsäkrade maken tre månader därefter. Detsamma gäller ansvaret mot en medförsäkrad sambo tre månader efter det att samboförhållandet har upphört.

10 § Ett avtal om gruppersonförsäkring förnyas för en tid av ett år, om inte avtalet har sagts upp för att upphöra vid försäkringstidens slut. I 4 och 5 §§ finns bestämmelser om information i samband med förnyelsen.

Ett meddelande om uppsägning från försäkringsbolagets sida skall enligt vad som sägs i 20 § ges till den som har ingått gruppavtalet med bolaget och till den försäkrade gruppmedlemmen. Uppsägningen får verkan en månad efter det att meddelandena avsändes. Om rätt till fortsättningsförsäkring enligt 11 § föreligger, skall detta anges i meddelandet till gruppmedlemmen. Saknas denna uppgift, får uppsägningen ingen verkan.

Första stycket första meningen gäller inte, om annat framgår av avtalet eller omständigheterna i övrigt.

11 § Upphör försäkringsbolagets ansvar enligt 8, 9 eller 10 §, har varje försäkrad rätt att utan hälsoprövning få ett likvärdigt skydd genom fortsättningsförsäkring, som tecknas i försäkringsbolaget eller annat bolag som det anvisar. Ansökan om fortsättningsförsäkring skall i fall som avses i 9 § göras inom den tid som anges där och i andra fall inom tre månader från försäkringens upphörande.

När en försäkring som upphör av annan anledning än försäkringsfall har ett värde på grund av ett ingående sparmoment, skall försäkrings-

bolaget ställa värdet till försäkringstagarens förfogande enligt vad som anges i försäkringsvillkoren.

12 § Försäkringsbolaget får göra förbehåll om att bestämmelserna i 9 § och 11 § första stycket inte skall tillämpas, i den mån den försäkrade på annat sätt har fått eller uppenbarligen kan få skydd av samma slag som tidigare.

Om det behövs på grund av försäkringens art, får bolaget göra förbehåll om att 9 eller 11 § första stycket inte heller annars skall tillämpas.

13 § Försäkringsbolaget får inte göra förbehåll om att en gruppersonförsäkring skall kunna upphöra i förtid eller ändras under försäkringstiden i andra fall än som anges i denna lag.

Oriktiga uppgifter

14 § Försäkringsbolaget får inte vid tillämpning av reglerna i 13 kap. 1-4 §§ mot den försäkrade åberopa att någon annan än han eller någon medförsäkrad har lämnat oriktiga eller ofullständiga uppgifter till bolaget eller haft vetskap om att sådana uppgifter har lämnats.

Premien

15 § Om inte premiebetalningen är ett villkor för att försäkringsbolagets ansvar skall inträda, skall första premien för en gruppersonförsäkring betalas inom fjorton dagar från den dag då bolaget avsände krav på premien till den som enligt försäkringsavtalet skall betala premien till bolaget.

Premien för en senare premieperiod och första premien för en försäkring som har förnyats enligt 11 § skall betalas senast på periodens första dag. En premie som avser längre tid än en månad behöver dock inte betalas tidigare än en månad från den dag då bolaget avsände krav på premien till den som enligt försäkringsavtalet skall betala premien till bolaget.

Bestämmelserna i 14 kap. 5 och 6 §§ tillämpas vid gruppersonförsäkring.

16 § Betalas inte premien i rätt tid, får försäkringsbolaget säga upp försäkringen för upphörande eller begränsning av ansvaret enligt vad villkoren närmare föreskriver.

Ett meddelande om uppsägning skall enligt vad som sägs i 20 § ges till den som har ingått gruppavtalet med bolaget och till den försäkrade gruppmedlemmen. Uppsägningen får verkan fjorton dagar efter det att meddelandena avsändes, om inte premien betalas inom denna frist. Meddelandena skall innehålla uppgift om detta. Om försäkringen kan återupplivas enligt 18 §, skall även detta anges. Saknas någon av dessa uppgifter, får uppsägningen ingen verkan.

17 § Har premien för en frivillig gruppersonförsäkring inte kunnat betalas inom den i 1 § andra stycket angivna fristen därför att den försäkrade gruppmedlemmen har blivit svårt sjuk eller berövats friheten, därför att han inte har fått ut pension eller intjänad lön från sin huvudsakliga anställning eller därför att något liknande oväntat hinder har inträffat för hans del, får en uppsägning enligt 16 § första stycket verkan först en vecka efter det att hindret har fallit bort, dock senast tre månader efter fristens utgång.

Om vid frivillig gruppförsäkring ett dröjsmål med premien beror på försummelse av någon som enligt gruppavtalet skall betala premien för gruppens räkning, får uppsägningen verkan för den försäkrade gruppmedlemmen och hans medförsäkrade först en vecka efter det att medlemmen själv har fått kännedom om dröjsmålet, dock senast tre månader efter utgången av den frist som anges i 16 § andra stycket.

Vid obligatorisk gruppersonförsäkring har varje försäkrad rätt till fortsättningsförsäkring enligt 11 och 12 §§, om ansvaret upphör enligt 16 §. Detsamma gäller medförsäkrad vid frivillig gruppförsäkring.

18 § Om en uppsägning enligt 16 § har fått verkan och dröjsmålet inte avser första premien för försäkringen, återupplivas en frivillig gruppersonförsäkring till sin tidigare omfattning, om det utestående premiebelopp som belöper på den försäkrade betalas inom sex månader från utgången av den frist som anges i 16 § andra stycket. Återupplivas försäkringen, ansvarar försäkringsbolaget från och med den dagen efter den då premiebeloppet betalats. Återupplivning kan

inte ske endast för medförsäkrade.

Vad som sägs i första stycket gäller också för obligatorisk gruppersonförsäkring. En sådan försäkring kan dock återupplivas endast för hela gruppen.

Bolaget får i försäkringsvillkoren göra förbehåll om att återupplivning inte kan ske, om förbehållet behövs på grund av försäkringens art eller någon annan särskild omständighet.

Förfoganden över försäkringen

19 § Utöver vad som anges i 15 kap. 3 § kan ett förmånstagarförordnande göras genom att förordnandet tas in i försäkringsvillkoren. Vid tolkning av ett sådant förordnande tillämpas 15 kap. 5 och 6 §§, om inget annat framgår av förordnandet.

Ett förordnande som har tagits in i villkoren saknar verkan, i den mån ett förordnande enligt 15 kap. 3 § gäller och kan verkställas.

Försäkringsbolaget kan i villkoren bestämma att den försäkrade inte får överlåta eller pantsätta sin rätt enligt försäkringen. Ett förfogande i strid mot en sådan bestämmelse är utan verkan. Ett förbud mot överlåtelse hindrar dock inte utmätning eller överlåtelse vid ackord eller i konkurs i vidare mån än detta följer av vad som annars föreskrivs i lag eller annan författning.

Meddelanden till de försäkrade

20 § Om försäkringsbolaget enligt någon bestämmelse i denna lag eller i gruppavtalet skall tillställa en försäkrad gruppmedlem eller en medförsäkrad en uppsägning eller ett annat meddelande, skall bolaget på ett ändamålsenligt sätt sända detta för den försäkrades kännedom. Ett meddelande som avser bestämda gruppmedlemmar skall sändas till dessa personligen.

19 kap. Kollektivavtalsgrundad personförsäkring

Tillämpningsområde m.m.

1 § Bestämmelserna i denna lag om kollektivavtalsgrundad personförsäkring tillämpas på försäkringar som

1. tecknas av arbetsgivare för att ge försäkringsskydd åt anställda,
2. meddelas enligt försäkringsvilkor som följer ett i villkoren angivet kollektivavtal mellan en arbetsgivarorganisation och en arbetstagarorganisation och
3. tecknas hos ett försäkringsbolag enligt vad som framgår av kollektivavtalet.

Kollektivavtalsgrundad personförsäkring kan omfatta även arbetsgivaren själv och andra som har anknytning till hans verksamhet. Närstående till anställda eller andra försäkrade kan omfattas som medförsäkrade.

Om försäkringsskyddet enligt ett kollektivavtal som avses i första stycket skall gälla också för anställda hos sådana arbetsgivare som inte har tecknat försäkring trots att de har varit skyldiga att göra det, skall utbetalad ersättning anses som ersättning från en kollektivavtalsgrundad personförsäkring.

2 § För kollektivavtalsgrundad personförsäkring gäller 13 och 15-17 kap. Därjämte gäller bestämmelserna i detta kapitel.

Vad som i 4 och 5 §§ sägs om anställda gäller också andra som omfattas av försäkringen.

3 § Arbetsgivaren ingår avtal om kollektivavtalsgrundad personförsäkring med försäkringsbolaget och är försäkringstagare. Vid tillämpning av 15 och 16 kap. och i fråga om rätten till försäkringsersättning i övrigt anses dock varje försäkrad som försäkringstagare, såvitt försäkringen gäller på hans liv eller hälsa.

Information

4 § När en överenskommelse som medför skyldighet för arbetsgivare att teckna kollektivavtalsgrundad personförsäkring har ingåtts, skall försäkringsbolaget och de arbetsmarknadsparter som har slutit det kollektivavtal som försäkringen följer på lämpligt sätt informera de arbetsgivare och anställda som berörs av överenskommelsen. Informationen skall avse arbetsgivarnas skyldighet att teckna försäkring, kostnaderna för försäkringen och förmånerna av denna.

Vidare skall den ange vilket lands lag som enligt villkoren skall gälla för försäkringen och hur klagomål från försäkringstagarens sida angående försäkringsavtalet skall behandlas.

Under försäkringstiden skall bolaget och arbetsmarknadsparterna i skälig omfattning informera arbetsgivare och anställda om sådana förhållanden rörande försäkringen som det är av betydelse för dem att känna till. Informationsskyldigheten med anledning av försäkringsfall åvilar bolaget och gäller även mot andra som har anspråk mot bolaget. Bestämmelserna i 11 kap 4 § tredje och fjärde styckena skall tillämpas vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring.

Utgör försäkringen en livförsäkring, en sjuk- eller olycksfallsförsäkring som meddelats som tillägg till livförsäkring eller en sådan sjuk- eller olycksfallsförsäkring som avses i 2 kap. 3 b § första stycket klass 4 försäkringsrörelselagen (1982:713)[1] gäller om information enligt första och andra styckena vad som sägs i 11 kap. 6 §.

5 § När en kollektivavtalsgrundad personförsäkring har meddelats, skall försäkringsbolaget snarast på ett ändamålsenligt sätt avsända försäkringsbesked för de anställdas kännedom. Beskeden skall innehålla upplysningar om de väsentliga rättigheter och skyldigheter som följer av försäkringen samt om viktiga avgränsningar av försäkringsskyddet. Detsamma gäller när försäkringen har ändrats, om de nya försäkringsvillkoren innebär en begränsning av försäkringsskyddet eller en väsentlig ändring av försäkringen.

Om en uppgift i ett försäkringsbesked avviker från försäkringsavtalet och avvikelsen inte är till nackdel för den som beskedet är riktat till gäller uppgiften i försäkringsbeskedet. Uppgiften kan dock inte åberopas om nya försäkringsbesked eller ett annat meddelande i frågan senast fjorton dagar före försäkringsfallet på ett ändamålsenligt sätt har avsänts för de anställdas kännedom eller om den som försäkringsbeskedet är riktat till har insett eller bort inse att uppgiften

[1]Lydelse enligt lagrådsremiss den 25 mars 1993 om ändrad lagstiftning för försäkringsverksamhet med anledning av EES-avtalet.

är oriktig eller inte längre är giltig.

Reglerna i 11 kap. 5 § tillämpas vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring. Om bolaget underlåter att fullgöra sin informationsskyldighet enligt denna lag, gäller 11 kap. 7 §.

Tiden för bolagets ansvar

6 § När en arbetsgivare tecknar en försäkring som han enligt kollektivavtal är skyldig att teckna, räknas tiden för bolagets ansvar från och med den dag då arbetsgivaren blev bunden av kollektivavtalet eller den senare dag som anges i kollektivavtalet. I annat fall räknas tiden från och med dagen efter den då ansökan om försäkring avsändes eller lämnades till bolaget.

Uppsägning av försäkring

7 § Försäkringsvillkoren får innehålla att försäkringen inte kan upphöra på grund av uppsägning, så länge arbetsgivaren enligt kollektivavtal är skyldig att hålla försäkringen.

I annat fall kan en försäkring, som gäller tills vidare, sägas upp till utgången av månaden efter den då uppsägning sker. Vid försäkring som gäller för viss tid kan bolaget säga upp försäkringen för upphörande i förtid bara om premien inte erläggs i rätt tid. Uppsägningstiden skall vara en månad, räknat från det att bolaget avsände uppsägningen till arbetsgivaren.

Ändring av försäkringen

8 § Försäkringsbolaget får i försäkringsvillkoren förbehålla sig rätt att ändra försäkringen under försäkringstiden. Ändring får dock göras bara med godkännande av de arbetsmarknadsparter som har slutit det kollektivavtal som försäkringen följer.

Efterskydd m.m.

9 § När någon lämnar sin anställning, har han rätt till efterskydd, fribrev eller fortsättningsförsäkring enligt vad som föreskrivs i försäkringsvillkoren. Detsamma gäller när någon av någon annan

anledning inte längre uppfyller kraven för att omfattas av försäkringen. Fortsättningsförsäkring anses inte som kollektivavtalsgrundad försäkring.

Återbäring

10 § Arbetsgivare och försäkrade har rätt till återbäring enligt vad som föreskrivs i försäkringsvillkoren. Av villkoren skall framgå principerna för tillgodoräknande av återbäringen.

Oriktiga uppgifter

11 § Försäkringsbolaget får inte vid tillämpning av reglerna i 13 kap. 1-4 §§ mot den försäkrade åberopa att någon annan än han eller någon medförsäkrad har lämnat oriktiga eller ofullständiga uppgifter till bolaget eller haft vetskap om att sådana uppgifter har lämnats.

Förfoganden över försäkringen

12 § Utöver vad som anges i 15 kap. 3 § kan ett förmånstagarförordnande göras genom att förordnandet tas in i försäkringsvillkoren. Vid tolkning av ett sådant förordnande tillämpas 15 kap. 5 och 6 §§, om inte annat framgår av förordnandet.

Ett förordnande som har tagits in i villkoren saknar verkan i den mån ett förordnande enligt 15 kap. 3 § gäller och kan verkställas.

Försäkringsbolaget kan i villkoren bestämma att den försäkrade inte får överlåta eller pantsätta sin rätt enligt försäkringen. Ett förfogande i strid mot en sådan bestämmelse är utan verkan. Ett förbud mot överlåtelse hindrar dock inte utmätning eller överlåtelse vid ackord eller i konkurs i vidare mån än detta följer av vad som annars föreskrivs i lag eller annan författning.

Den finske forsikringsaftalelovs regler om kollektive forsikringer

4 §. *Stadganden som skall tillämpas på gruppförsäkring.* På gruppförsäkring tillämpas 1–4, 8, 15, 18, 20, 22–37, 44, 46, 48–51, 55, 56, 59–61 och 67–82 §§ i denna lag. På gruppförsäkring som är i kraft endast under ett tillfälligt besök på en avtalad plats eller under deltagande i verksamhet som pågår högst en månad tillämpas dock endast 1–4, 8, 22–37, 55, 59–61, 69–75, 81 och 82 §§.

11 kap. Gruppförsäkring

76 §. *Information om gruppförsäkring.* Har i ett gruppförsäkringsavtal föreskrivits att försäkringsgivaren skall föra en förteckning över de försäkrade som omfattas av gruppförsäkringen, skall försäkringsgivaren sedan gruppförsäkringen trätt i kraft och därefter med skäliga mellanrum informera de försäkrade om försäkringsskyddets omfattning, om väsentliga begränsningar av försäkringsskyddet, om de försäkrades skyldigheter enligt försäkringsavtalet samt om på vilket sätt försäkringens giltighet är beroende av att de försäkrade hör till en sådan grupp som nämns i gruppförsäkringsavtalet. Om det inte förs någon förteckning över de försäkrade, skall de informeras på ett sätt som är lämpligt med hänsyn till förhållandena.

Om försäkringsgivaren eller dennes representant har underlåtit att ge de försäkrade behövlig information om försäkringen eller lämnat felaktiga eller vilseledande uppgifter, anses försäkringen vara i kraft till förmån för den försäkrade med det innehåll som han hade skäl att sluta sig till utgående från den information han fått. Detta gäller dock inte information som försäkringsgivaren eller dennes representant efter ett försäkringsfall har gett om en förestående ersättning.

I fråga om den ersättning som skall ges om rättsmedel gäller vad som stadgas i 8 §.

77 §. *Meddelande om att en gruppförsäkring upphör.* Om en gruppförsäkring upphör på grund av åtgärder som vidtagits av försäkringsgivaren eller den som tecknat gruppförsäkringen, skall en försäkringsgivare som för en sådan förteckning över de försäkrade som avses i 76 § 1 mom. sända de försäkrade ett meddelande om att försäkringen har upphört. Om det inte förs någon förteckning över de försäkrade skall försäkringsgivaren på ett sätt som är lämpligt med hänsyn till förhållandena underrätta de försäkrade om att försäkringen upphört. För den försäkrade upphör försäkringen en månad efter att försäkringsgivaren sände meddelandet eller underrättade de försäkrade om upphörandet.

78 §. *Den försäkrades meddelanden.* Om försäkringsgivaren och den som tecknat gruppförsäkringen har avtalat att den försäkrade skall tillställa tecknaren de meddelanden som gäller försäkringen och om den försäkrade i fråga om ett meddelande har förfarit på detta sätt, får försäkringsgivaren inte åberopa att han inte fått meddelandet. Detta tillämpas dock inte, om den försäkrade har grundad anledning att förmoda att meddelandet inte tillställs försäkringsgivaren.

79 §. *Utsökning av premien för grupplivförsäkring för arbetstagare.* Försäkringsgivaren får utan dom eller beslut i utsökningsväg driva in premien jämte dröjsmålsränta för en sådan grupplivförsäkring som arbetsgivaren enligt kollektivavtal är skyldig att teckna för arbetstagarna (*grupplivförsäkring för arbetstagare*). Härvid skall iakttas vad som stadgas i lagen om indrivning av skatter och avgifter i utsökningsväg.

Innan försäkringsgivaren vidtar verkställighetsåtgärder skall han informera försäkringstagaren om den premie som skall drivas in med stöd av 1 mom. och om premiegrunden samt om att verkställighetsåtgärder vidtas i det fall att försäkringstagaren inte inom 14 dagar efter att meddelandet avsänts skriftligen bestrider sin betalningsskyldighet. Om försäkringstagaren bestrider betalningsskyldigheten är ett domstolsavgörande en förutsättning för verkställigheten.

Se SkatteUL, Pr 608.

80 §. *Rätt till fortsatt försäkring efter att en grupplivförsäkring upphört.* Om ett gruppförsäkringsavtal som avser livförsäkring upphör eller om den försäkrade utträder eller utesluts ur den persongrupp som nämns i gruppförsäkringsavtalet av någon annan orsak än ålder, har den försäkrade rätt att oberoende av sitt hälsotillstånd få motsvarande fortsatt försäkring mot att han betalar premien för en individuell försäkring. I försäkringsvillkoren kan dock föreskrivas att den försäkrade inte har rätt till fortsatt försäkring i det fall att han får eller kan få motsvarande försäkringsskydd genom en annan gruppförsäkring.

Om den försäkrade vill utnyttja sin rätt till fortsatt försäkring, skall han anmäla detta till försäkringsgivaren inom sex månader från det att försäkringsgivarens ansvar har upphört. Försäkringsgivarens ansvar börjar dagen efter att han har mottagit den försäkrades meddelande om att han vill ha en fortsatt försäkring.

Den försäkrades rätt till fortsatt försäkring skall nämnas också i det meddelande som avses i 77 §.

Denna paragraf gäller inte grupplivförsäkring för arbetstagare.