

Ivan Sørensen

**Udredning om bedre forbrugerbeskyttelse
ved private forsikringer i Danmark**

Maj 2001

Indholdsfortegnelse

Forord

Kap. 1 Indledning

1.	Nogle udviklingslinier	8
A.	Reguleringen af forbrugerbeskyttelsen	8
B.	År 2000 - udvalgets betænkning	9
C.	EU	10
D.	De nordiske lande	11
E.	Forsikringsbranchen i dag	11
2.	Organisationer, udvalg og nævn mv.	12
2.1.	Forsikring og Pension (F&P)	12
2.2.	Forsikringsoplysningen	12
2.3.	FAH og DFIM	13
2.4.	Bedømmelsesforeningen	13
3.	Ankenævnet for Forsikring	15
4.	Finanstilsynet	16
5.	Forbrugerombudsmandens retningslinier	16
6.	Andre retningslinier	18
7.	Retningsliniernes retlige betydning	18
8.	Generelle bemærkninger om retningslinier, henstillinger mv.	19

Kap. 2 Tegningssituationen og aftalens indgåelse

1.	Tegning af forsikring	20
1.1.	Tegningsmåder og aftalens form	20
2.	Forslag	22
3.	Har forsikringsselskaber en informationspligt?	23
4.	Forslag	24
5.	Tegning af personforsikring - afgivelse af helbredsoplysninger	25
5.1.	Helbreds-samtykke- og fuldmagtserklæring ved livs- forsikring	25

5.2.	Forslag	28
5.3.	Helbreds-samtykke- og fuldmagtserklæring ved ulykkesforsikring	29
5.4.	Forslag	30
5.5.	Samtykkets tidsmæssige udstrækning	30
5.6.	Forslag	31
5.7.	Forbud mod brug af gentests	31
5.8.	Forslag	32
5.9.	Urigtige risikoplysninger	32
5.10.	Forslag	33
5.11.	Klager over selskabets afgørelse	34
5.12.	Forslag	35
6.	Information ved afslag eller skærpede vilkår	35
7.	Forslag	36
8.	Bedømmelsesforeningens rolle	36
9.	Forslag	37
10.	Tingsforsikring	37
10.1.	Information ved afslag eller skærpede vilkår	38
10.2.	Forslag	38

Kap. 3 Præmien i forskellige relationer

1.	Præmiens opkrævning	39
2.	Forslag	40
3.	Selskabets ændring af præmien	40
4.	Forslag	41
5.	Gebyrer	42
6.	Forslag	43
7.	Forsikringstagerens fortrydelsesret	44
8.	Forslag	46
9.	Selskabets information ved præmiebelastende autoskader	46
10.	Forslag	47

Kap. 4 Ændring og opsigelse af aftalen

1.	Selskabets ændringer	48
2.	Forslag	52
3.	Forbrugerens ændringer	53
4.	Forslag	54
5.	Parternes muligheder for at opsige forsikringen	55
5.1.	Selskabets muligheder	55
5.1.1.	Opsigelse ifølge aftalen	55
5.1.2.	Opsigelse ifølge lov	58
5.1.3.	Forslag	61
5.2.	Forbrugerens muligheder (for at opsige)	62
5.3.	Forslag	63
5.4.	Ophør af anden grund end opsigelse	64
5.5.	Forslag	65
6.	Flyttegebyrer og udbetalingsgebyrer ved livs- og pensionsforsikring	65
6.1.	“Frivillige” privattegnede forsikringer	65
6.2.	Forslag	71
6.3.	Flyttegebyrer ved ansættelsesrelaterede forsikringer	73
6.4.	Forslag	73

Kap. 5 Forsikringsbetingelserne

1.	Standardforsikringsbetingelser	74
2.	Forslag	77
3.	Afgrænsningen af selskabets ansvar - generelt	78
4.	Forslag	80
5.	Udvalgte vilkår	80
5.1.	Nyværdierstatning	80
5.2.	Indbrudstyveri i familieforsikringen	81
5.3.	Ulykkesbegrebet og invaliditetsbegrebet	82
5.4.	Forslag	83

Kap. 6 Skadeanmeldelse og selskabernes sagsbehandling

1.	Skadeanmeldelse	84
2.	Forslag	84
3.	Selskabernes sagsbehandling	85
3.1.	Selskabernes sagsbehandlingstid	86
3.2.	Opgørelse af erstatning mv.	87
3.3.	Forslag	87
4.	Særlige spørgsmål	88
4.1.	Reklamation over reparation af tingsskader ..	88
4.2.	Regresaftalen vedrørende autoskader	88
4.3.	Forslag	89
4.4.	Information om kravs forældelse	90
4.5.	Forslag	91

Kap. 7 Mulighederne for at få ændret selskabets afgørelse

1.	Domstolene	92
2.	Voldgift	92
3.	Forslag	94
4.	Ankenævnet for Forsikring	95
5.	Forslag	97
6.	Kundepaneller og kundeombud	97
7.	Forslag	98
8.	Mediation	98
9.	Selvevaluering	98
10.	Forslag	98

Kap. 8 Særligt om gruppeforsikringer

99

Kap. 9 F&P s forbrugerpolitiske handlingsplan og henstillinger

1.	Handlingsplanen	99
----	-----------------------	----

2.	Henstillingerne mv.	101
2.1.	Uvarslet fremmøde på bopælen	101
2.2.	Forslag	101
2.3.	Begrundelses- og klagevejledningspligt	102
2.4.	Forslag	103
2.5.	Forsikringssvindel	104
2.6.	Forslag	105
3.	Generelt om henstillingerne	106
4.	Forslag	108
 Kap. 10 Sammenfatning		108

Forord

Denne udredning er udarbejdet efter aftale med Forbrugerstyrelsen. Formålet med udredningen er at pege på de centrale problemstillinger og udviklingstendenser på det private forsikringsområde af betydning for beskyttelsen af forbrugerne. Den indeholder forslag og anbefalinger på områder, der efter udrederens opfattelse bør forbedres, eller hvor forskellige initiativer bør overvejes, enten ved anvendelse af Forbrugerombudsmandens reguleringsinstrumenter eller ved lovregulering.

Udredningen dykker ned i både små og store problemstillinger - det praktiske liv viser at også det, der umiddelbart synes at være et mindre problem, kan have overordentlig stor betydning for den enkelte forbruger.

Udrederen har ikke hermed forestillet sig at alle nok så små detaljer skal reguleres. Disse vil ofte kunne indgå i reguleringen af andre områder.

Forkortelsen FAL-udvalget henviser til det af Justitsministeren i 1999 nedsatte udvalg om revision af forsikringsaftaleloven. Udvalgets kommissorium indeholder bl.a. en generel revision af loven.

København, 1. maj 2001

Ivan Sørensen

Kap. 1 Indledning

1. Nogle udviklingslinier

A. *Reguleringen af forbrugerbeskyttelsen*

I 1925 barslede den daværende forsikringskommission med Udkast til lov om forsikringsaftaler. Udkastet var resultatet af et samarbejde mellem de nordiske lande. Kommissionens lovforslag blev med få ændringer vedtaget, og loven trådte i kraft den 1. januar 1932. Det er denne lov, der stort set stadig gælder. Loven må anses for at indeholde de første initiativer til en beskyttelse af forsikringstagerne - det var før begrebet forbruger blev introduceret.

Det må anses for ganske enestående, at et så omfattende retsområde som loven regulerer, nemlig forsikringsaftaleretten, ikke i det væsentlige er blevet justeret siden 1925. Selv en nok så fremragende lov kan trænge til et serviceeftersyn. Som anført i forordet blev der da også i 1999 nedsat et udvalg, der skal overveje en revision af loven.

Initiativerne til en egentlig forbrugerbeskyttelse og et egentligt forbrugerbegreb kom igennem de fire betænkninger fra Forbrugerkommissionen (Bet. 1971:597, 1975:737, 1975:738 og 1977:816). Henstillingen om et-årige forbrugerforsikringer i Forbrugerkommissionens betænkning nr. 738 blev gennemført uden lovgivning efter en henstilling fra Assurandør-Societetet til dets medlemmer. Denne henstilling er omtalt andet sted i udredningen.

Udviklingen på forsikringsaftaleområdet er i de følgende år stort set sket ved selvregulering i forsikringsbranchen.

Forbrugerombudsmanden har igennem retningslinier og afgørelser i enkeltsager påvirket reguleringen i branchen, ligesom Forsikringsankenævnets virksomhed fra 1975 igennem dets mange afgørelser har styrket forbrugerbeskyttelsen.

Finanstilsynet har traditionelt ikke udtalt sig i enkeltsager, men har mulighed for at afstikke grænserne for god forsikringsskik, jf. lov om forsikringsvirksomhed § 7.

B. År 2000-udvalgets betænkning

I forslaget til lov om finansiel virksomhed (nr. 165) hedder det:

“§ 3. Finansielle virksomheder og finansielle holdingsselskaber skal drives i overensstemmelse med redelig forretningsskik og god praksis inden for virksomhedsområdet.

stk. 2. Finanstilsynet kan fastsætte regler og retningslinier om redelig forretningsskik og god praksis. Hvis reglerne og retningslinierne har markedsførings- og konkurrencemæssige aspekter, gennemfører Finanstilsynet forhandlinger med Forbrugerombudsmanden og Konkurrencestyrelsen”.

I bemærkningerne til lovforslaget udtales det, at stk. 2 ikke begrænser Forbrugerombudsmandens kompetence til at forhandle etiske retningslinier. Som eksempler på retningslinier Finanstilsynet skal kunne fastsætte nævnes retningslinier for, hvad finansielle virksomheder skal oplyse kunderne i forbindelse med videregivelse af kundeoplysninger og retningslinier om generel kundeinformation og om øget gennemsigtighed.

Som der peges på flere steder i udredningen, er forsikringsområdet et ganske kompleks område. Hvis lovforslagets § 3 vedtages, må der nok forudses en øget kompleksitet. Den delte kompetence mellem Finanstilsynet og Forbrugerombudsmanden synes i øvrigt at kunne give nogle afgrænsningsproblemer, som det er set i Sverige mellem Konsumentverket og Finansinspektionen. Dette førte til en skriftlig overenskomst om kompetencefordelingen. Overenskomsten viser, hvilke problemer afgrænsningen af kompetencen kan give.

I betænkningen (1999:1376) om den finansielle sektor efter år 2000 konkluderes det i kap. 15 om gennemsigtighed og kundebeskyttelse

(s. 430), at der er forskellige opfattelser af, hvorledes gode rammevilkår for kunderne på forsikringsområdet bedst tilvejebringes. Udvalget udpeger i samme kap. 15 fire overordnede forhold af betydning for kunderne: Større gennemsigtighed af hensyn til konkurrencen, imødegåelse af interessekonflikter i kapitalforvaltningen, flere valgmuligheder i de skattebegünstigede opsparingsordninger og god skik reglement og effektiv klageadgang.

Med hensyn til flyttegebyrer, som også er behandlet i nærværende rapport, udtales følgende (s. 54): "Flyttegebyrerne på livsforsikringsområdet er i flere tilfælde ikke uvæsentlige. Det er vigtigt, at de flytte-regler, der anvendes, yder alle parter retfærdighed. Forbrugerbeskyttelsen må således gælde både for dem, der ønsker at flytte, og for dem, der ikke har tænkt sig at flytte". (s. 416 fremgår yderligere at det er vigtigt med en høj grad af sammenlignelighed og gennemsigtighed på området).

Udvalget finder (s. 57), at det er væsentligt, at der er gode rammevilkår for kunderne fx ved etiske retningslinier, branchekodeks mv., hvorved en branche forpligter sig til en høj standard.

I betænkningens side 417 anføres det "...et krav om standardiserede [forsikrings-]produkter ikke er forenelig med konkurrencelovgivningen". Dette er et (for) kategorisk udsagn. Der henvises til udredningens kap. 5.

C. EU

Det udkast til direktiv der var fremme i EF-tidende, C 265/1980, blev aldrig gennemført, idet landenes lovgivninger ikke fandtes at kunne harmoniseres i et fælles direktiv. Der er ikke aktuelle forslag eller lign. på forsikringsaftalerettens område. Udrederen har ikke fundet anledning til at inddrage EU-retten i udredningen.

D. *De nordiske lande*

Norge og Finland har vedtaget nye forsikringsaftalelove efter et nordisk samarbejde, og i Sverige behandles på 15. år et forslag til en omfattende ændring af forsikringsaftaleloven. Sverige har dog allerede særlige reguleringer på forbrugerområdet, bl.a. en konsumentförsäkringslag og ulovbestemte reguleringer i form af forskrifter og "allmänna" råd fra tilsynsmyndigheden.

E. *Forsikringsbranchen i dag*

På forbrugerforsikringsområdet består forsikringsmarkedet af en håndfuld store forsikringsselskaber og et stort antal små selskaber, herunder lokalselskaber. Siden 1970'erne er mange selskaber fusioneret og fusionslysten ser ud til at fortsætte.

Der tegner sig billedet af en branche i aktiv udvikling, som opererer professionelt og har en høj forretningsmæssig standard. Uddannelsesniveauet på sagsbehandlemiveau er godt, og udrederen har fået det indtryk, at der er en hurtig opfølgning af problemstillinger, og at informationsniveauet internt - gennemsnitligt set - ligger på et højt niveau. I de tilfælde, hvor selskaberne samarbejder med anden virksomhed om salg af forsikringer, peges på, at man skal være opmærksom på at informationsniveauet opretholdes, således at kunderne også i den situation får en god og grundig forsikringsrådgivning.

2. Organisationer, udvalg og nævn. mv.

2.1. Forsikring og Pension (F&P)

F&P er forsikringsselskabernes og de tværgående pensionskassers erhvervsorganisation i Danmark.

F&P blev dannet i 1997 under navnet Rådet for Dansk Forsikring og Pension. Det skete efter en sammenlægning af det daværende Assurandør-Societet og Arbejdsmarkedspensionsråd. Den 1. januar ændredes navnet til Forsikring og Pension.

Ifølge F&P's hjemmeside har den til formål at styrke varetagelsen af det samlede forsikrings- og pensionserhvervs interesser, at bidrage til at placere erhvervet i offentlighedens bevidsthed, at virke for passende selvjustits i erhvervet og at sikre, at erhvervet udøves på en sådan måde, at det løser sin samfundsmæssige opgave.

Alle selskaber, pensionskasser og generalagenturer, der driver forsikrings- og tværgående pensionskasse virksomhed i Danmark, kan blive medlem af F&P. Langt de fleste er medlem af F&P. I 2000 havde F&P 209 medlemmer.

Af andre organisationer inden for F&P kan nævnes Foreningen til Bedømmelse af Personforsikringsrisiko (se nedenfor afsnit 4.5.) og Forsikringshøjskolen Rungstedgaard A/S, som er forsikringserhvervets fælles uddannelsessted.

Det er sekretariatet i Forsikringens Hus, der betjener F&P. Her findes også en lang række organisationer og udvalg samt Stormrådet.¹

2.2. Forsikringsoplysningen

Forsikringsoplysningen er forsikringsbranchens fælles informations tjeneste. Forsikringsoplysningen har til opgave at formidle budskaber om

¹

Se nærmere om opbygningen i "Forsikringens Hus, Organisationer og medarbejdere, 2000.

forsikringer til forsikringstagere og medier via telefonservice, foredrag og publikationer.

Forsikringsoplysningen behandler klager over erhvervsforsikringer og klager fra skadelidte, men ikke klager over privatforsikringer. Sådanne klager henvises til Ankenævnet for Forsikring.

Forsikringsoplysningen har udgivet en række brochurer, som på en nem og overskuelig måde informerer om konkrete forsikringer. Af nyere initiativer kan nævnes: Værd at vide - før du tegner livs- og pensionsforsikring, Værd at vide - før tegning af familieforsikring, Værd at vide - før tegning af villaforsikring, Værd at vide - før tegning af bilforsikring, Værd at vide - om erstatning og sagsbehandling ved ulykker og Er du ajour med dine forsikringer?

Ifølge Forsikringsoplysningens hjemmeside modtager den mere end 20.000 henvendelser hvert år. Dette viser, at der er et stort behov for information om privatforsikringer.

2.3. FAH og DFIM

Dansk Forening for International Motorkøretøjsforsikring (DFIM) regulerer erstatninger for skader forvoldt af udenlandske motorkøretøjer i Danmark. Desuden hæfter DFIM for skader forvoldt af ukendte og uforsikrede motorkøretøjer.²

Foreningen af Forsikringsselskaber til overtagelse af lovpligtige ansvarsforsikringer for hunde (FAH) regulerer erstatninger efter skader forvoldt af ukendte og uforsikrede hunde i Danmark.³

2.4. Bedømmelsesforeningen

Den nuværende bedømmelsesforening - Foreningen til Bedømmelse af Personforsikringsrisiko - blev oprettet i 1985 af alle daværende livs-

² Bkg. 1171 af 16. december 1992, § 4.

³ Bkg. nr. 485 af 25. september 1984, § 4.

forsikringsselskaber. I dag har foreningen 26 medlemmer, herunder pensionskasser og pensionsselskaber.

Konkurrencestyrelsen har fundet, at Bedømmelsesforeningens vedtægter er omfattet af forbudet i konkurrencelovens § 6, stk. 1, jf. stk. 3, men at vedtægterne er omfattet af reglerne om gruppefritagelse for visse kategorier af aftaler mv. på forsikringsområdet i bkg. nr. 1004 af 16. december 1997.

Foreningens formål er at foretage den helbredsmæssige risikovurdering af personer, der søger personforsikring. Foreningen stiller sin ekspertviden til rådighed for livs- og pensionsforsikringsselskaber. Foreningens formål er også at sikre, at forsikringssøgende med forøget helbredsmæssig risiko så vidt muligt kan tilbydes personforsikring på et tilstrækkeligt statistisk og lægeligt grundlag.

Foreningen fører et såkaldt advarselsregister over personer, der har ansøgt om en livs- og pensionsforsikring, og efter foreningens bedømmelse har et forringet helbred.

Selskaberne har adgang til disse oplysninger ved nøglepersoner, der iht. særlige autorisationsregler får en autorisation til den elektroniske søgning i registeret. Denne person underskriver desuden en erklæring om tavshedspligt (herudover inderholder lov om forsikringsvirksomhed regler om tavshedspligt).

Livs- og pensionsforsikringsselskaber, pensionskasser og andre, der kan gøre brug af foreningens ekspertviden i forbindelse med vurderingen af den helbredsmæssige risiko ved begæring af forsikring, har mulighed for at være knyttet til foreningen.

Foreningen afgiver også responsa i forbindelse med forsikringsbegivenheder, hvor der foreligger en tvist om, hvorvidt forsikrede har afgivet urigtige oplysninger ved forsikringens tegning.

Bedømmelsesforeningen har 6 speciallæger, der ansættes 3 år ad gangen med mulighed for forlængelse. Ingen af disse må samtidig være tilknyttet Arbejdsskadestyrelsen.

3. Ankenævnet for Forsikring

Efter at det i adskillige år havde været drøftet, om der var behov for en særlig retsinstans til behandling af forsikringssager med et mindre økonomisk omfang - typisk det vi i dag kalder forbrugernes sager, blev Ankenævnet oprettet den 1. september 1975. Nævnet er godkendt og etableret efter forbrugerklagenævnslovens § 12.

Næsten alle forsikringsselskaber i Danmark der tegner forbrugerforsikringer, er medlem af Forsikringsankenævnet. Nævnet består af repræsentanter fra Forbrugerrådet og forsikringsselskaberne. Formanden er højesteretsdommer og de to formandssuppleanter er henholdsvis højesteretsdommer og landsdommer.

Ankenævnets kompetence omfatter "tvister mellem et nævnet tilsluttet forsikringsselskab og en forsikringstager vedrørende dennes forsikringer". Nævnet kan endvidere afgive udtalelser i sager med selskaber der ikke er tilsluttet nævnet, jf. vedtægternes § 2. Alle danske selskaber er medlem af nævnet. De selskaber, der ikke er medlemmer, er mæglerfirmaer, der driver virksomhed på udenlandske selskabers vegne.

Antallet af klagesager har været stærkt stigende siden 1975, hvor der blev anmeldt 360 klager til 2000, hvor der blev anmeldt 2.764 klager. Nævnets behandlingstid er pt. ca. 8 måneder. Nævnet træffer afgørelse ved kendelse. Udvalgte kendelser offentliggøres i tidsskriftet Forsikring og i Forsikrings- og erstatningsretlig domssamling.

Klageren skal betale et gebyr på 100 kr. Dette beløb tilbagebetales, hvis klageren får helt eller delvis medhold.

4. Finanstilsynet

Finanstilsynet er tilsynsmyndighed og skal påse, at forsikringsselskaberne m. fl. overholder lov om forsikringsvirksomhed.

Finanstilsynet er sekretariat for 3 råd: Forsikringsrådet, Fondsrådet og Pensionsmarkedsrådet. Endvidere virker Finanstilsynet som sekretariat for det Rådgivende udvalg vedrørende forsikringsmæglervirksomhed.

5. Forbrugerombudsmandens retningslinier

I henhold til markedsføringslovens § 17 har Forbrugerombudsmanden udarbejdet og offentliggjort følgende retningslinier for det private forsikringsområde:

Retningslinier for omfanget af forsikringsselskabernes orientering til forsikringstager i forbindelse med autoskade af 1. februar 1999 (med ikrafttræden denne dato).⁴

Disse retningslinier er udarbejdet efter forhandling med Forenede Danske Motorejere, Forsikring & Pension (F&P) samt Forbrugerrådet. Retningslinierne går i korthed ud på, at forsikringsselskaberne skal informere forbrugerne om konsekvenserne for præmien som følge af anmeldt skade, skadens størrelse mv.

Retningslinier for afgivelse af bonusprognoser og prognoser for pensionsopsparing i livsforsikringsselskaber og pengeinstitutter af februar 1990 (ikrafttræden den 1. august 1990).⁵

⁴ Retningslinierne blev ændret den anførte dato (1. februar 1999). Se om ændringen i Juridisk Årbog 1998, s. 71.

⁵ Disse retningslinier er optrykt i Juridisk Årbog 1991 s. 175.

Disse retningslinier er udarbejdet af Forbrugerombudsmanden og Finanstilsynet. Formålet er at tilstræbe sammenlignelighed mellem pengeinstitutternes prognoser for pensionsopsparing og livsforsikrings-selskabernes bonusprognoser. Retningslinierne forudsætter, at pengeinstitutternes og forsikrings-selskabernes organisationer i fællesskab udarbejder henstillinger om fælles samfundsforudsætninger med hensyn til rente, inflation og realrenteafgiftssats, og at disse henstillinger anmeldes overfor Forbrugerombudsmanden og Finanstilsynet. For forsikringsbranchens vedkommende har F&P udarbejdet henstillinger som revideret ved F&P-information 12/2000: Markedsføringshenstilling med samfundsforudsætninger mv. for afgivelse af bonusprognoser i forbindelse med markedsføring af livs- og pensionsforsikringsprodukter og som supplement til henstillingen "prognoseforudsætninger for gruppe-livsforsikringer".

Retningslinier for reklamering med priseksemples og med samlerabat inden for forbrugerskadeforsikring (ikrafttræden 1. januar 1993).⁶

Retningslinierne er forhandlet med Assurandørsocietetet (nu F&P), Forbrugerrådet og Konkurrencerådet. Retningslinierne bestemmer, at forsikrings-selskaberne i forbindelse med prisoplysninger på autoforsikringer, familieforsikringer, husejerforsikringer og fritidsforsikringer, skal give visse nærmere opremsede informationer. Herudover indeholder retningslinierne nærmere anvisninger om det såkaldte kuponsalg.

Retningslinier for anvendelse af garantiudsagn i reklamer og aftalevilkår af december 1987 samt Forbrugerombudsmandens brev af 15. november 1990 om anvendelsen af forsikrings- og garantiudsagn i markedsføringen.

Forbrugerombudsmandens brev omfatter bl.a. forudsætningerne for lovligt kombinationssalg, hvori indgår forsikring (f.eks. salg af ferierejse sammen med en rejseforsikring).

⁶Disse retningslinier er også optrykt i Juridisk Årbog 1993-1994, s. 105 ff.

6. Andre retningslinier

Finanstilsynet har - efter forhandling med Forbrugerrådet og Assurancesdørsocietetet (nu F&P) - udarbejdet "Vejledende retningslinier for accept ved ændring af forbrugerforsikring" med ikrafttræden den 1. januar 1991.

Retningslinierne anvendes ved ændring af forsikringer, der kan forlænges for en ny periode. Retningslinierne omfatter kun forbrugere og kun disses skadesforsikringer, herunder dog også ulykkesforsikringer, men ikke livsforsikringer (dette burde præciseres).

Retningslinierne omhandler regler om, hvornår et selskab - der vil foretage ændringer i dækningsomfanget - kan anvende passiv accept (ikke væsentlige ændringer), og hvornår der skal anvendes udtrykkelig accept fra forbrugeren (væsentlige ændringer). Endvidere indeholder retningslinierne regler om, hvorledes selskabet skal forholde sig ved ændringer i præmien. Retningsliniernes regler om passiv accept finder især anvendelse ved selskabernes masseudsendelser, dvs. ændringer i en hel policebestand f.eks. samtlige selskabets familieforsikringer.

Klager over overtrædelse og fortolkning af disse retningslinier henhører under domstolene og Ankenævnet for Forsikring. Det må antages, at der kan indhentes udtalelser fra Finanstilsynet vedrørende enkelte af bestemmelserne i retningslinierne.

7. Retningsliniernes retlige betydning

Forbrugerombudsmandens retningslinier er på forsikringsområdet tiltrådt af bl.a. forsikringsbrancens fællesorganisation. Overtrædelse af retningslinierne må antages samtidig at være en overtrædelse af markedsføringslovens regler om god markedsføringsskik. Forbrugerombudsmanden har endnu ikke udnyttet mulighederne omkring påbud der blev indført i 1999 i lovens § 17, stk. 2 og § 19 stk 2, 2. pkt.

En tilsidesættelse af de offentligretlige regler vil dog ikke automatisk betyde, at aftalen mellem forsikringstageren og selskabet kan modificeres eller ophæves. Et eksempel findes i ankenævnets sag nr. 53.112/2000 citeret nedenfor i kap. 4 afsnit 5. De privatretlige regler, herunder aftalelovens §§ 36 og 38 c, finder anvendelse på forsikringsaftaler, og i det konkrete tilfælde vil det være nærliggende at antage, at retningslinierne vil indgå i bedømmelsesgrundlaget (også) ved den privatretlige afgørelse, jf. til eks. Forsikringsankenævnets sag nr. 53.348/2000, hvor nævnet bestemte, at selskabet skulle genoptage en sag og give klageren mulighed for selv at betale skaden.⁷

Med hensyn til retningslinierne (kortfattet) beskrevet i afsnit 7 lige ovenfor, er disse "kun" vejledende. Som udgangspunkt kan såvel forbrugerne som selskaberne derfor fravige retningslinierne. Ankenævnet for Forsikring har dog i en sag om overtrædelse af retningslinierne pålagt et selskab at ændre dets afgørelse, så den var i overensstemmelse med retningslinierne. Det kan derfor nok antages, at disse retningslinier vil blive betragtet som bindende for selskaberne, men derimod kun vejledende for forbrugere, hvilket da også indiceres ved at retningslinierne ikke omfatter en individuel forudsætning der gøres gældende af en forbruger (pkt. 1.2.).

8. Generelle bemærkninger om retningslinier, henstillinger mv.

Udrederen finder anledning til at pege på et generelt problem, der ligger i tidens komplekse regelregulering. Branchehenstillinger, retningslinier aftalt mellem brancheforeninger og Forbrugerrådet m. fl. vil ofte udfylde lovgivningen og har stor betydning ved lovfortolkning. Det er derfor af stor betydning, at disse reguleringsinstrumenter er synlige for forbrugere.

⁷

Se evt. Ivan Sørensen, Status over forbrugerbeskyttelsens udvikling i dansk privatforsikring, i *Suum cuique*, 1991, s. 220 ff.

Udrederen anbefaler, at mulighederne for et samlet regelværk under en eller anden form overvejes lagt ud på nettet.

Kap. 2 Tegningssituationen og aftalens indgåelse

1. Tegning af forsikring

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

1.1. Tegningsmåder og aftalens form

I adskillige år har det været praksis, at forsikringsselskaberne kræver skriftlighed i form af en forsikringsbegæring som den forsikringssøgende skal udfylde. Dette er da også stadig den almindelige form, når det gælder livsforsikring og til dels også ulykkesforsikring. Når det gælder andre forbrugerforsikringer ses i de senere år en mere nuanceret tegningsform. I flere selskaber kan - navnlig forsikringer med et simpelt indhold - således tegnes via telefonen. Selskabet udsteder herefter en police alene på grundlag af de oplysninger forbrugeren giver i telefonen. Det er forskelligt, hvorledes selskaberne affatter policen efter sådanne telefoniske begæringer. Eksempler findes i ankenævnets sager, jf. sag nr. 47.748/1998 og 53.161/2000, som viser nævnets nyeste og tilsyneladende faste praksis på området. Sag nr. 47.748 viser, at selv om selskabet efter telefonsamtalen bekræfter forbrugers oplysninger om tidligere skader, og om at forsikringen ikke tidligere har været opsagt i andet selskab, udgør disse (mundtlige)

oplysninger ikke et tilstrækkeligt bevis, når det viser sig at oplysningerne ikke er rigtige.

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

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

Man bør være særlig opmærksom på, at risikoen for dobbeltforsikring kan være større ved de nye og fremtidige tegningsformer end ved den traditionelle skriftlige tegningsform. Jo hurtigere aftaleform, jo større risiko. Ved summaforsikring som livs- og ulykkesforsikring har det ikke større betydning, idet forbrugeren kan kumulere forsikringsydelserne. Ved skadesforsikring, som f.eks. familieforsikring, vil der naturligvis ske fradrag, således at forbrugeren ikke opnår en højere erstatning end den, der svarer til den lidt skade. Selskaberne har indgået en såkaldt dobbeltforsikringsaftale, hvorefter forbrugeren har ret til at opsiges den ene af forsikringerne med øjeblikkelig virkning, dvs. uden respekt af det almindelige opsigelsesvarsel i aftalen.⁸ Aftalen er indgået mellem selskaberne og omfatter tingsforsikring, ansvarsforsikring, arbejds-skadeforsikring samt særlige forsikringstyper. Uden for aftalen er - naturligt nok - spørgsmålet om forsikringstagerens evt. ret til *ristorno* (tilbagebetaling) af præmie.

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

⁸

Dobbeltforsikringsaftalen er gengivet hos Ivan Sørensen, Forsikringsret, bilag 3.

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

2. Forslag

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

Den telefoniske tegning af forsikring ser ud til at være forbundet med fordele for forbrugere og bør derfor styrkes inden for ovennævnte rammer. Det bør sikres, at forbrugeren også ved den telefoniske tegning modtager informationer om den pågældende forsikring, om dobbeltforsikring, og om hvilke oplysninger selskabet tillægger betydning ved tegningen. Hvis der udarbejdes retningslinier, vil det være nærliggende at regulere disse telefonsalg navnlig i de tilfælde, hvor forsikringen tegnes af en medarbejder der modtager provision eller præstationsløn.

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

3. Har forsikringsselskaber en informationspligt?

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

Ved livsforsikring skal selskabet - under hele forsikringens løbetid - informere om mulighederne for klagebehandling, ligesom det skal give tilstrækkelige oplysninger, der sætter forsikringstagerne i stand til at forstå de væsentligste elementer i forsikringen. De oplysninger der skal gives er bl. a. en årlig informationsoversigt over forsikringsydelse og bonus, jf. informationsbekendtgørelsens § 5.⁹ Reglerne er belagt med bødestraf.

Også på andre områder er der en lovbestemt informationspligt for forsikringsselskaber. Efter forbrugeraftalelovens 13 b, stk. 2 er aftalen kun bindende for forsikringstageren, såfremt selskabet informerer om fortrydelsesretten senest når forsikringsbetingelserne udleveres.¹⁰

I Norge og Sverige indeholder lovgivningen en i forhold til de danske regler udvidet informationspligt. Den norske FAL 1989 indeholder relativt strenge retsvirkninger over for det selskab, der har tilsidesat sin informationspligt. Selskaberne har en generel og en konkret informationspligt henholdsvis ved forsikringens tegning og lige efter tegningen, jf. lovens § 2-1 (skadesforsikring) og § 11-1 (personforsikring) og en konkret informationspligt, jf. § 2-2 (skadesforsikring). Reglerne i Sverige findes i Konsumentförsäkringslagen og försäkringsrörelseslagen. Reglerne i Konsumentförsäkringslagen suppleres med retningslinier

⁹ Bkg. nr. 609 af 14. juli 1995.

¹⁰ Lov nr. 262 af 6. maj 1993 og bekg. nr. 599 af 12. juli 1993, § 8.

i Konsumentverkets författningssamling 1981:3 om skadesförsäkring. Såfremt en försäkring (f. eks.) omfatter nyværdierstatning, skal selskabet informere om, hvorledes dette skal forstås.

F&P har i den forbrugerpolitiske handlingsplan beskrevet, hvad der skal forstås ved god forsikringsetik for rådgivning og henstillet, at selskaberne følger regelsættets 8 punkter. Det fremgår af (del-)henstillingen, at disse punkter er en direkte udløber af rådgiverudvalgets arbejde. Punkterne - der også indeholder en "informationspligt" ved forsikringens tegning - har et ganske omfattende indhold.¹¹

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

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

4. Forslag

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

¹¹

Se hertil betænkning 1362/1998 om rådgiveransvar. Et flertal i rådgiverudvalget fandt at der ikke var behov for lovgivning om ansvar for rådgivning

ningslinierne præcisere, hvilke informationer det indtrædende selskab skal give.

5. Tegning af personforsikring - afgivelse af helbredsoplysninger

5.1. Helbreds - samtykke/fuldmagtserklæring ved livsforsikring

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

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

I de tilfælde, hvor forsikringssøgende afleverer det der i forsikrings sproget kaldes en "blank" helbredserklæring, - det vil sige at den forsikringssøgende oplyser, at han er fuldstændig rask - vil forsikringen normalt uden videre blive accepteret, medmindre en rutinemæssig undersøgelse i Bedømmelsesforeningens advarselsregister viser noget andet.

I de tilfælde, hvor der afleveres en helbredserklæring med oplysningerne om sygdom mv., skal der indhentes oplysninger fra forsikringssøgendes læge, speciallæger m. fl. Dette kræver efter lovgivningen sam-

tykke fra forsikringssøgende.¹² Bedømmelsesforeningen har derfor udarbejdet en samtykke/fuldmagtserklæring, som er optaget i selve helbredserklæringen.

Denne erklæring har følgende indhold:

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

¹²

Lov nr. 482 af 1. juli 1998 om patienters retsstilling, kap. 5 om sundhedspersoners tavshedspligt og § 26-§ 27 om patientens samtykke til videregivelse af oplysninger om hans helbredsforhold.

kan tegnes på normale vilkår, slettes de registrerede oplysninger.

Ifølge vejledningen¹³ til patientretsstillingsloven

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

Helbredsoplysningerne kan ikke registreres i bl.a. Bedømmelsesforeningen, medmindre den forsikringssøgende har givet udtrykkeligt samtykke hertil.¹⁴ Derfor indeholder samtykke/fuldmagtserklæringen også en tilladelse hertil. Som ethvert andet samtykke kan dette tilbagekaldes, jf. udtrykkeligt persondatalovens § 38, med virkning fra tilbagekaldelsen.

Datatilsynets har i afgørelse af 23. februar 2001 udtalt, at virkningen af at et samtykke tilbagekaldes efter persondatalovens § 38 er, at oplysningerne skal udgå af advarselsregisteret. De indhentede oplysninger må dog stadig opbevares i Bedømmelsesforeningen, men skal være blokeret for adgang.

¹³ Vejledning nr. 155 af 14. september 1998 om aktindsigt mv. i helbredsoplysninger.

¹⁴ Lov nr. 429 af 51. maj 2000 om behandling af personoplysninger, § 6.

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

5.2. Forslag

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

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

Udvalget om revision af forsikringsaftaleloven skal bl. a. se nærmere på forsikringsaftalelovens regler om urigtige oplysninger. Udrederens forslag til modificeret lovgivning fremgår nedenfor i afsnit 5.11. Mht. til selskabernes rådgivning på tegningstidspunktet vil udrederen foreslå, at Forbrugerombudsmanden igennem eventuelle kommende retningslinier søger at påvirke til en øget intensivering af frontpersonales rådgivning.

Den samtykke/fuldmagtserklæring, der er udarbejdet af Bedømmelsesforeningen, er omfattende, men kan næppe forkortes, når henses til den gældende lovgivning. Derimod foreslås erklæringens første afsnit, hvor forsikringssøgende skriver under på rigtigheden af de afgivne

helbredsoplysninger og konsekvenserne af, at der er afgivet urigtige oplysninger, udgår af selve samtykkeerklæringen. Desuden foreslås det, at selve erklæringen med samtykke/fuldmagt enten fremhæves med særlige skrifttyper eller optages på et særskilt (evt. vedhæftet) papir, som forbrugeren skal underskrive. Hermed skal forbrugeren underskrive dels helbredserklæringen, dels samtykke/fuldmagtserklæringen. Dette må antages at sikre, at forsikringssøgende har forstået, hvad det er han underskriver.

5.3. Helbreds - samtykke/ fuldmagtserklæring ved ulykkesforsikring

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

Samtykkeerklæringen er mere enkel end ved livsforsikring. Bl. a. skal der ikke gives samtykke til registrering i Bedømmelsesforeningen, idet det ligger uden for foreningens område at bedømme tegning af ulykkesforsikring. Derimod indeholder helbredserklæringen (der ofte er bagsiden af begæringen) hos nogle selskaber følgende ordlyd:

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

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

5.4. Forslag

Hvad angår helbredserklæringen og rådgivning henvises til bemærkningerne lige ovenfor i afsnit 5.2

Med hensyn til samtykke/fuldmagtserklæringen foreslås det, at Forbrugerombudsmanden tager kontakt med forsikringsbranchen og påpeger, at en erklæring som den, der er gengivet ovenfor i afsnit 5.3, forekommer i praksis i strid med de gældende regler.

5.5. Samtykkets tidsmæssige udstrækning

Ifølge lov om patienters retsstilling bortfalder et samtykke senest et år efter, at det er givet (§ 27, stk. 2). Det normale vil være, at et samtykke der tilbagekaldes først får virkning fra tilbagekaldelsen og ikke med tilbagevirkende kraft. Det fremgår ikke af loven eller dens forarbejder, om det samme skal gælde efter lovens affattelse "bortfalder". I en vejledning fra Sundhedsstyrelsen¹⁵ fremgår det imidlertid, at der skal sondres mellem samtykke til videregivelse af oplysninger og fuldmagt til aktindsigt, og at den et-årige regel ikke omfatter selskabets fuldmagt, som normalt vil have en længere varighed afhængig af dens affattelse.¹⁶

¹⁵ Vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.

¹⁶ Dette forudsættes også i Sundhedsministeriets Vejledning nr. 155 af 14. september 1998 om aktindsigt mv. i helbredsoplysninger..

5.6. Forslag

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

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

5.7. Forbud mod brug af gentests

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

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

I sag nr. 48.700/1999 har Forsikringsankenævnet fundet det i overensstemmelse med bemærkningerne til loven, at et forsikringselskab ved bedømmelsen af tegning af en livsforsikring har anvendt oplysninger om den forsikringssøgendes familiære dispositioner til en bestemt sygdom. (Dette fremgår direkte af lovens ordlyd, jf. bestemmelsens sidste punktum.) Bedømmelsesforeningen havde meddelt afslag på dødsfaldsdækning og invaliditetsdækning.

I Sverige findes der ikke lovgivning på dette område, men Sveriges Forsikringsforbund har indgået aftale med Staten om at medlemsel-

skaberne ikke beder om eller gør brug af tidligere gennemført géntest, når det gælder forsikringserstatninger op til ca. 500.000,- sv. kr. ved engangsbeløb og op til et nærmere bestemt basisbeløb ved årlige udbetalinger. Forbudet omfatter også familieoplysninger, som er defineret som forekomsten af arvelige sygdomme i slægten (aftalens § 4).

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

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

5.8. Forslag

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

Dette er et lovgivningsspørgsmål. FAL-udvalget kan overveje mulighederne.

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

5.9. Urigtige risikooplysninger

I de sidste årtier har reglerne om urigtige risikooplysninger i FAL §§ 4-10 været genstand for megen diskussion i medierne, forsikringsbran-

chen og fra politisk side. Udvalget om revision af lov om forsikringsaftaler skal efter kommissoriet tage stilling til, om disse bestemmelser bør revideres.

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

5.10 Forslag

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

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

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

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

5.11. Klager over selskabets afgørelse

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

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

Da afslag på at tegne personforsikring kan have stor økonomisk betydning for den enkelte forsikringssøgende, kan der være grund til at overveje, om der bør indføres kontraheringspligt og om forsikrings-selskabers afvisning eller forbehold skal kunne prøves af et uvildigt organ.

I NOU 2000:23 foreslår et flertal i udvalget en kontraheringspligt ved personforsikring. I Sverige har selskaberne kontraheringspligt ved skadesforsikring, men ikke ved personforsikring. I Forslaget til ny forsikringsaftalelov foreslås der også kontraheringspligt ved personforsikring.¹⁷

5.12 Forslag

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

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

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

6. Information ved afslag eller skærpede vilkår

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

Udrederen er bekendt med, at nogle selskaber allerede har indarbejdet en begrundelsesregel i sagsbehandlingen i personforsikring. Andre selskaber er i gang med at indføre den, og atter andre har ikke nogen regel om, at afgørelser skal begrundes. Nogle af de selskaber der giver en begrundelse henviser f. eks. blot til "de modtagne helbredsoplysninger", eller, hvis der er tale om mindre alvorlige sygdomme, henviser til disse konkret. Ved alvorlige sygdomme henviser alle selskaber forsikringssøgende til egen læge, hvis der ønskes yderligere oplysninger om de helbredsoplysninger, der er lagt til grund.

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

7. Forslag

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

8. Bedømmelsesforeningens rolle

Fakta om Bedømmelsesforeningens findes ovenfor i kap. 1, afsnit 3.4.

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

Bedømmelsesforeningen anvender følgende styringsinstrumenter ved afgørelsen af den konkrete risikovurdering: Afslag, opsættelse af risikovurderingen (f.eks. fordi forsikringssøgende har en ikke afklaret lidelse), skærpede vilkår, f.eks. forhøjet præmie eller særlig klausul og normale vilkår.

Bedømmelsesforeningens afgørelse - der ifølge dens vedtægter kun er vejledende for selskabet - sendes til selskabet, som træffer den endelige afgørelse af, om forsikringen skal tegnes og i bekræftende fald på hvilke vilkår. Såfremt forsikringssøgende er utilfreds med afgørelsen, kan denne forlange aktindsigt i Bedømmelsesforeningens sag og i øvrigt klage over afgørelsen. Foreningens vil herefter frem-

sende en begrundet afgørelse. Begrundelse, der angår forsikringssøgendes helbred, vil blive overvejet afforeningens læger. I visse tilfælde af alvorlig sygdom henvises forsikringssøgende til egen læge, der har oplysningerne.

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

9. Forslag

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

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

Herudover findes der anledning til at pege på, at der i Bedømmelsesforeningen ligger et meget stort erfaringsmateriale og en ekspertise på personforsikrings område, som kunne åbne mulighed for anvendelse i andre sammenhænge, som berørt ovenfor i afsnit 5.12.

10. Tingsforsikring

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

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

10.1. Information ved afslag eller skærpede vilkår

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

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

10.2. Forslag

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

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

Kap. 3 Præmien i forskellige relationer

1. Præmiens opkrævning

Forsikringstagerens vederlag eller betaling for forsikringen kaldes præmien. Præmien forfalder på de tidspunkter selskabet og forsikringstageren har aftalt. Typisk forfalder præmien 1/4-årlig, 1/2-årlig eller 1/1-årlig. Udrederen har fået det indtryk, at der er en tendens til at selskaberne som udgangspunkt oplyser den helårlige præmie, og at der ved 1/2-årlig eller 1/4-årlig præmiebetaling tillægges en nærmere angivet procentdel af den helårlige præmie.

Præmiens betaling sker på den måde parterne har aftalt. Den almindelige betalingsmåde og fristerne for betaling fremgår af forsikringsbetingelserne. Normalt opkræves præmien via giro eller overføres via BS. Det er almindeligt, at selskaberne sender en opkrævning (påkrav), og betales præmien ikke inden en nærmere fastsat frist, sender selskabet en rykker (påmindelse) med oplysning om at dækningen ophører, hvis præmien ikke betales senest 14 dage efter rykkeren. På dette område stiller forsikringsbetingelserne generelt forsikringstagerne bedre end efter forsikringsaftaleloven (FAL). Reglerne i FAL §§ 12-14 giver forsikringstagerne betydeligt kortere frister, end det er tilfældet i praksis både med hensyn til den først forfaldne præmiebetaling som de senere forfaldne præmiebetalinger.

Når det gælder lovpligtig ansvarsforsikring for motorkøretøjer skal forsikringsselskabet, når præmien vedblivende ikke betales (præmierestance), underrette Centralregisteret for Motorkøretøjer herom (tidligst) 2 ½ måned efter præmiens oprindelige forfaldsdato¹⁸. Herefter skal politiet søge køretøjets nummerplader inddraget. Forsikringsselskabet reagerer ved at registrere forsikringstageren i Automobilforsikringsselskabernes Fællesregister for Motorkøretøjsforsikring (den såkaldte sort-kort ordning). Der er tale om et såkaldt advarselsregister, der er tiltrådt af samtlige de selskaber, der har koncession til at tegne

¹⁸

Jf. bekendtgørelse nr. 1171 af 16/12-1992, § 14.

den lovpligtige ansvarsforsikring for motorkøretøjer. En forsikringstager der skylder præmie, der er forfalden indenfor de sidste 2 år, kan ikke tegne ny (ansvars-)forsikring for motorkøretøjet i noget forsikringselskab¹⁹. Når ansvarsforsikringen er slettet pga. præmierestance, kan antagelse af ny forsikring kun ske, hvis præmiebetaling efter den nye forsikring sker helårsvis forud i mindst 2 år.²⁰

2. Forslag

Forsikringsbranchens praksis på forbrugerområdet viser, at forbrugerne har en betydelig bedre retsstilling end efter lovgivningen. Det vil derfor være nærliggende at indarbejde de standardiserede forsikringsvilkårs tidsfrister og formkrav - f.eks. som de er affattet i Familiens Basisforsikring II - i forsikringsaftaleloven enten i særlige forbrugerregler eller på anden måde.

Det foreslås, at det af justitsministeriet nedsatte FAL-udvalg overvejer dette.

3. Selskabets ændring af præmien

Forsikringsbetingelserne vil i almindelighed indeholde vilkår, der giver selskabet ret til at foretage ændringer i (bl. a.) præmien ud over de ændringer, der følger af indeksreguleringen. Mht. indeksregulering skal denne i sig selv have klar hjemmel i aftalen (læs: Forsikringsbetingelserne), jf. hertil de nærmere betingelser i "Vejledende retningslinier for accept ved ændring af forbrugerforsikring", pkt. 4.4.

¹⁹ Jf. førnævnte bekendtgørelses § 10.

²⁰ Dette fremgår af aftale (juli 1980) mellem samtlige koncessionerede automobilforsikringsselskaber i Danmark.

Det følger af retningslinierne (pkt. 5.1.), at selskabets ændring af præmien først får virkning fra en ny betalingsperiodes begyndelse. "Betalingsperiode må efter den forsikringstekniske terminologi forstås som forsikringsperiode, hvilken normalt er det tidsrum forsikringen er tegnet for. I forbrugerforsikringer tegnes der normalt et-årige forsikringer, og dette betyder, at forsikringsperioden er et år. Det fremgår da også normalt af forsikringsbetingelserne, at selskabet kan ændre præmien med virkning for en ny forsikringsperiode og med et varsel på f.eks. 1 måned ved den tidligere periodes udløb. Et sådant vilkår findes i Familiens Basisforsikring II, pkt. 16. Samme sted fremgår at selskabet dog efter anmeldt skade kan ændre præmien med et varsel på 14 dage efter afvisning eller betaling af erstatning. Umiddelbart synes dette at stride mod retningsliniernes pkt. 5.1. Alternativet ville dog kunne blive, at selskabet i stedet opsiger forsikringen.

Det oven for nævnte vilkår i Familiens Basisforsikring er vist nok ikke et almindeligt vilkår i andre forsikringstyper. Hverken retningslinierne eller lovgivningen og i almindelighed heller ikke forsikringsaftalen indeholder regler, der begrænser præmieændringens størrelse. Reglerne i aftalelovens §§ 36 og 38 c kan finde anvendelse.

Det må i almindelighed antages, at selskabets beregning af præmien skal grunde sig i en almindelig eller konkret vurdering af den risiko selskabet skal overtage, jf. principperne i Forsikringsankenævnets kendelser nr. 37.171/1995 og 45.280/1988.²¹ Begge kendelser omhandler bygningsbrandforsikring.

4. Forslag

Når det gælder selskabets hjemmel til at ændre præmien eller opsige aftalen efter en anmeldt skade bør det overvejes, om de gældende retningslinier skal modificeres, således at selskabet skal sikre at

²¹

Kendelserne er citeret hos Ivan Sørense, Forsikringsaftaleloven med kommentarer, s. 239-240.

forsikringstageren og de forsikrede tilbydes den bedst mulige og mindst indgribende løsning. Se hertil kap. 4 afsnit 2.

Generelt bør det præciseres om retningsliniernes regler om passiv accept alene gælder ved "masseændringer" og ved de såkaldte masseudsendelser. Med hensyn til "masseændringer" (dvs. ændringer på alle forsikringer inden for en bestemt forsikringstype) bør størrelsen på den præmieændring, der kan tillades ved passiv accept, undergives en eller anden form for begrænsning, ligesom der bør opstilles et krav om, at præmien skal være begrundet i nogle for forsikringsvirksomhed saglige forhold.

En præmie, der er udtryk for en foretagens vurdering af den almindelige eller konkrete risiko selskabet skal overtage, må siges at være saglig begrundet. En sådan vurdering må antages at opfylde de krav, der må stilles til en etisk forretningsførelse og til god forsikringssskik, jf. hertil lov om forsikringsvirksomhed § 7. Der foretages allerede en vis prøvelse af de ovenfor nævnte kriterier af Ankenævnet for Forsikring, og det kan derfor foreslås, at de nedfældes som et almindeligt princip i dansk forsikring.

Det vil være nærliggende at optage regler eller kriterier herom i Forbrugerombudsmandens eventuelle kommende retningslinier.

5. Gebyrer

Spørgsmålet om forsikringsselskabernes opkrævning af gebyrer sammen med forsikringspræmien er behandlet i Juridisk Årbog 1993-1994.

I standardvilkårene til forbrugerforsikringer er der normalt optaget regler om gebyrer. Der findes især to former for gebyrer. Et gebyr beregnes til dækning af selskabets udgifter til rykker. Såfremt Justitsministeriets lovforslag om rykkergebyrer vedtages, vil dette gebyr

fremover ikke kunne overstige et beløb på 100 kr. Endvidere vil selskaberne alene kunne beregne sig et incassogebyr på 100 kr.

Med hensyn til gebyrer for ordinære opkrævninger var det tidligere således, at selskabets udgifter til porto var inkluderet i præmien. Som led i udviklingen på gebyrområdet de sidste 10-20 år har de fleste forsikringsselskaber indført et gebyr, der efter det oplyste som regel skal dække selskabets udgifter til porto/BS for fremsendelse af den ordinære opkrævning.

Der har været et eksempel på et selskab der beregnede sig et gebyr på 15 kr., kaldet et administrationsgebyr. Beløbet er i dag ændret til 8 kr. Forbrugerombudsmanden har i en konkret sag udtalt, at opkrævning af et sådant gebyr, hvor der ikke er hjemmel hertil i aftalen, vil være i strid med markedsføringslovens §§ 1 og 2, stk. 1 (sag 1999-203/5-269).

Gebyrets *størrelse* har også været omdiskuteret. Således kunne det i Politiken den 12. november 1999 læses, at selskaberne beregnede sig et gebyr på mellem 3 kr. og 8 kr. Udrederen bekendt foreligger der ikke en nærmere (offentliggjort) undersøgelse af selskabernes gebyrstørrelse.

Udover ovennævnte gebyrer kan der i aftalen - omend sjældent - være hjemmel til et gebyr for udskrivning af ikke nærmere bestemte dokumenter mv. Udrederen har ikke oplysninger om, hvorvidt sådanne vilkår faktisk bruges.

6. Forslag

For så vidt angår gebyrer for *rykkerskrivelser* skal nærværende udredning ikke fremkomme med forslag hertil, idet det må antages, at dette specifikke område vil blive lovreguleret i indeværende år.

Mht. gebyrer for den ordinære præmieopkrævning må det først konstateres, at det er såvel i selskabets som i forbrugernes interesse at der udsendes en opkrævning. Såfremt gebyret har hjemmel i aftalen, må det antages, at selskabet er berettiget til at kræve et gebyr for fremsendelse af den ordinære opkrævning. Da gebyret må antages at skulle dække selskabets udgifter til selve fremsendelsen af opkrævningen, dvs. et portogebyr, bør der sikres en ensartet behandling af disse. Det bør således sikres, at gebyret svarer til selskabets faktiske udgift til selve fremsendelsen, og at det er synligt for forbrugeren, hvad beløbet skal dække. Dette område må anses for velegnet at regulere i eventuelle retningslinier.

Gebyrer for kopier eller udskrifter af forsikringsselskabets dokumenter - ligesom det sker på bankområdet ved forskellige former for udskrifter af bankoplysninger til kunderne - har efter udrederens opfattelse hidtil ikke været, og er antagelig heller ikke i dag, almindeligt på forsikringsområdet. Traditionelt har det været således, at forsikringstagere ikke betaler for kopier af f.eks. skadeanmeldelser, taksatorrapporter osv. Det foreslås, at FO følger udviklingen på dette område og overvejer, at tage spørgsmålet op i forbindelse med arbejdet med eventuelle retningslinier.

7. Forsikringstagerens fortrydelsesret

Selv om forbrugeren har indgået en ellers bindende aftale med forsikringsselskabet, har han/hun ret til at annullere eller som det også kaldes, træde tilbage fra aftalen. Reglerne herom findes i forbrugeraftaleloven og navnlig i ændringsloven²². I en til loven hørende bekendtgørelse er optaget en tekst om fortrydelsesretten, hvilken selskaberne er forpligtet til at optage i aftalen. Reglerne om fortrydelsesret ved livsforsikring og syge- og ulykkesforsikring er indarbejdet i FAL §§ 97 a og 119 a.

²²

Bekendtgørelse af lov nr. 886 af 23/12-1987 om visse forbrugerftaler og lov nr. 262 af 6/5-1993 om ændring af lov om visse forbrugerftaler og lov om forsikringsftaler.

Det må antages, at alle forbrugerforsikringsbetingelser, der bruges i praksis, indeholder bekendtgørelsens tekst. Reglen er præceptiv og kan således ikke fraviges til skade for forbrugeren.

Det må antages, at formen og indholdet af fortrydelsesretten er godt indarbejdet i forsikringsbranchen. Når det gælder den lovpligtige ansvarsforsikring for motorkøretøjer, nok navnlig biler, opstår der dog en gang imellem spørgsmål, om forbrugeren skal betale præmie for perioden mellem tegningstidspunktet og det tidspunkt, hvor fortrydelsesretten gøres gældende. I Ankenævnets sag nr. 39.436/95 havde forsikringstageren tegnet en bilforsikring i selskabet A. Forsikringen skulle træde i kraft den 14/3-1994. Policen blev først udstedt den 18/9-1994. Forsikringstageren ville benytte sig af sin fortrydelsesret, men A var af den opfattelse, at det var berettiget til at oppebære præmie i den periode, i hvilken det hæftede for evt. skader. A indberettede forsikringstageren til advarselsregistret, hvilket medførte, at denne ikke kunne tegne forsikringen i andre selskaber. Dette er klart i strid med loven, og ankenævnet fandt da også, at A havde været uberettiget til at kræve præmie. I en anden sag for Ankenævnet (nr. 37.404/95) fandtes forbrugeren berettiget til at udnytte fortrydelsesretten, selv om han havde indbetalt præmien til selskabet.

Efter en gennemlæsning af disse sager kunne man umiddelbart få det indtryk, at forbrugeren kan udøve fortrydelsesretten og hermed opnå gratis forsikringsdækning i en periode, der bliver længere, jo længere tid selskabet bruger til at fremsende policen. Ved den lovpligtige bilansvarsforsikring er det klart, at det ikke forholder sig således. Forbrugeren er efter færdselsloven forpligtet til at have en ikraftværende ansvarsforsikring fra indregistreringstidspunktet. I de her beskrevne situationer betyder det, at forbrugeren skal tegne forsikringen i et andet selskab med tilbagevirkende kraft. Det "nye" selskab vil normalt kræve at få oplyst, om forbrugeren har haft skader i mellemtiden. Der er ikke noget der tyder på, at det sidste giver problemer i praksis.

8. Forslag

Det er lidet overskueligt, at det kun er reglerne om fortrydelsesret ved livs-ulykkes-og sygeforsikring, der er optaget i FAL og endog kun fortrydelsestidsfristen og ikke formkravene. Det vil være naturligt, at hele regelsættet vedrørende forsikringsaftaler i en eller anden skikkelse indarbejdes i FAL. Dette bør være en opgave for FAL-udvalget.

Med hensyn til de særlige spørgsmål om præmiens betaling og forsikringsdækning i "mellemprioroden" i forbindelse med forbrugerens udøvelse af fortrydelsesretten ved den lovpligtige bilansvarsforsikring foreslås, at Forbrugerombudsmanden ved forhandling med forsikringsbranchen bringer klarhed over dette enten i forbindelse med retningslinier eller ved at forsikringsbetingelserne præcisere, hvorledes der skal forholdes med præmien og tegning af anden forsikring med tilbagevirkende kraft.

9. Selskabets information ved præmiebelastende autoskader

Forsikringsselskaberne skal følge de ovenfor i kap. 1 afsnit 6 citerede FO-retningslinier, da de ellers kan komme i strid med god markedsføringsskik, jf. markedsføringslovens § 1. Det bemærkes, at disse retningslinier er vedtaget før ikrafttræden af påbudsreglen i markedsføringslovens §§ 17, stk. 2 og 19, stk. 2, 2. pkt. (den 1. juli 1999).

I de tilfælde, hvor der anmeldes en skade på autoforsikring der har konsekvenser for præmien, skal selskabet som minimum informere forsikringstageren om skadesudgifterne, virkningen frem til laveste præmietrin og evt. selvrisiko, forudsætningerne herfor og forbehold for kommende præmiestigninger.

Det er udrederens opfattelse, at disse retningslinier er almindelig kendt i forsikringsselskaberne, og at retningslinierne i almindelighed anvendes efter hensigten. Ankenævnet for Forsikring har dog i sag nr.

53.112/2000 udtalt sin kritik af et selskabs mangelfulde information til dets forsikringstager efter en anmeldt autoskade. Nævnet fandt, at selskabet ikke opfyldte retningslinierne for omfanget af forsikringselskabernes orientering til forsikringstager, men udtalte, at det ikke kunne pålægge selskabet ikke at regulere præmien samt opkræve selvrisko, hvis forsikringstageren valgte at lade skaden afholde over policen. En sådan regulering havde hjemmel i aftalen. I sag nr. 53.348/2000 var klageren utilfreds med, at selskabet ikke havde kunnet få modparterne til at erstatte skadene eller tilbudt klageren selv at betale skaderne, således at præmiestigning kunne undgås. Nævnet udtalte, at selskabet iht. Forbrugerombudsmandens retningslinier burde have givet klageren mulighed for selv at betale skaderne. Nævnet pålagde derfor selskabet at genoptage sagen og give klageren mulighed for selv at betale skaderne.

Retningslinierne er udarbejdet før den 1. juli 1999 og påbudsreglerne i markedsføringslovens §§ 17 og 19 finder derfor ikke anvendelse. Undlader et selskab at følge retningslinierne kan dette komme i strid med god markedsføringsskik, men Forbrugerombudsmanden kan ikke med de gældende retningslinier i hånden gribe ind f.eks. med et påbud om at selskabet skal ophøre med den pågældende adfærd.

10. Forslag

Selv om der kun er fåtallige klager ved Forsikringsankenævnet, der viser tilsidesættelse af retningslinierne, synes der at være behov for at disse i højere grad end det er tilfældet i dag synliggøres for forbrugerne. Det foreslås, at Forbrugerombudsmanden tager initiativ til at retningslinierne synliggøres f.eks. ved at der i de standardiserede auto-forsikringsbetingelser optages en klar og præcis bestemmelse om, at selskabet skal informere kunden om de økonomiske konsekvenser, når der anmeldes en præmiebelastende skade.

Udrederen finder i øvrigt anledning til at bemærke, at retningslinierne nok vil opfattes vanskeligt tilgængelige og noget abstrakte for den

almindelige forbruger. Forbrugerombudsmanden kunne derfor samtidig overveje at tydeliggøre og måske forenkle retningslinierne på visse punkter og indføje nogle konkrete illustrative eksempler. Se hertil også forslaget vedrørende samme retningslinier i kap. 4, afsnit 5.1.3.

Kap. 4 Ændring og opsigelse af aftalen

1. Selskabets ændringer

Ændring af præmien er behandlet ovenfor i kap. 3, afsnit 3, hvortil der henvises.

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

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

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

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

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

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

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

I en anden sag (nr. 48.886, citeret i FED 1999.1888) har ankenævnet tilsyneladende uden nogen nærmere prøvelse efter retningsliniernes pkt. 3.5.²³ forudsat, at selskabet havde overholdt dette pkt. I øvrigt var der uenighed i nævnet om manglende overholdelse af retningsliniernes pkt. 3.11, der indeholder et formkrav, skulle medføre en tilsidesættelse af ændringen. En tilsidesættelse synes dog kun at have hjemmel i pkt. 3.7., der lyder således:

23

Se evt. Juridisk Årbog 1995.49-50 med Forbrugerombudsmandens udtalelse ved ændringer i retshjælpsforsikringen.

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

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

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

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

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

Et andet selskab, også med en betydelig markedsandel, har forsikringsbetingelser, der indeholder et krav om at forsikringstagerne skriftligt skal underrette selskabet, hvis de ikke vil acceptere ændringer

i forsikringsvilkårene eller præmien. Et sådant vilkår er strid med retningslinierne.

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

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

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

2. Forslag

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

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

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

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

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

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

3. Forbrugerens ændringer

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

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

Hvis aftalen indeholder individuelle kontraktvilkår, vil disse normalt fremgå af policen eller et tillæg til policen. Eksempler på sådanne er klausuler i ulykkesforsikring om ansvarsfraskrivelse for bestemte lidelser. Det kan være "pålæg" om at bestemte forskrifter skal overholdes, f.eks. installation af tyverialarmer eller "pålæg" om en forhøjet selvrisiko på autoforsikring. Forbrugerens forhandlingsrum mht. at få ændret sådanne vilkår er (også) beskedent, men der er dog mulighed for at forbrugeren - i et vist omfang - kan få berettigelsen af sådanne klausuler prøvet af Ankenævnet for Forsikring.

4. Forslag

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

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

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

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

Udrederen er bekendt med, at der de sidste par år er sket en omfattende produktudvikling inden for personforsikringsområdet, men har ikke et tilstrækkeligt grundlag til at vurdere, i hvilket omfang denne gruppe reelt tilgodeses af de gældende forsikringsprodukter, eller hvilke behov der er hos denne forbrugergruppe. Som et led i bestræbelserne på at skabe større gennemsigtighed og sammenlignelighed foreslås, at selskaberne fremstiller oversigter over de personforsikringer, herunder sundhedsforsikringer, der for tiden udbydes og herunder informerer om, hvorledes disse indbyrdes kan koordineres.

Udrederen konstaterer, at der på forsikringsområdet er sket en sund produktudvikling i takt med samfundsudviklingen. For at støtte og sikre

at denne positive udvikling fortsætter kunne det - som et led i eventuelle retningslinier på forsikringsområdet - overvejes at opstille nogle mål for den ovenfor nævnte forbrugergruppe. Herunder efterlyses et større overblik over handicappedes muligheder for at tegne personforsikringer.

5. Parternes muligheder for at opsige forsikringen

5.1. Selskabets muligheder

5.1.1. Opsigelse ifølge aftalen

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

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

“I den på årsmødet den 29.4.1976 godkendte beretning henstillede Assurandør-Societets komité til societetets medlemmer, at de, så snart det rent teknisk kunne lade sig gøre, ophørte med at tegne nye forsikringer for mere end 1 år inden for forbrugerområdet. Baggrunden herfor var bl.a., at forbrugerkommissionen havde henstillet til justitsministeriet at ændre forsikringsaftaleloven således, at den almindelige forbrugers binding til en forsikringsaftale blev begrænset til 1 år, og at societetet på linie hermed havde bedt sin repræsentant i ministeriets udvalg vedrørende ændring af forsikringsaftaleloven meddele dette, at societet for sit vedkommende kunne acceptere en sådan ændring af forsikringsaftaleloven”. Denne henstilling blev senere udvidet til også at omfatte

løbende forsikringer med en løbetid med mere end 1 år således at selskaberne skulle godkende "opsigelser i overensstemmelse med de for policen gældende betingelser til sædvanlig hovedforfaldsdag, uanset at de pågældende forsikringer måtte være tegnet flerårigt ..."

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

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

Reglen, der regulerer de såkaldte aflåste opsigelsesklausuler, har antagelig ikke længere nogen betydning på forbrugerområdet, idet disse - udrederen bekendt - undtagelsesfrit kun forlænges i 1 år ad gangen. Vilkår, der går imod den ovenfor citerede henstilling, kan tilsidesættes, enten med henvisning til at vilkåret strider mod god forsikringsskik, eller at vilkåret (som følge heraf) kan modificeres eller tilsidesættes efter aftalelovens § 38 c og § 36.

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

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

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

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

I bilkaskoforsikring findes normalt også en opsigelsesklausul. Et selskab med en betydelig markedsandel (på forbrugerområdet) har følgende vilkår: "Efter enhver anmeldt skade kan forsikringen fra hver af siderne, indtil én måned efter skadens afslutning, opsiges med 14 dages varsel. Desuden betinger selskabet sig ret til at opsige aftalen med samme varsel, hvis det forsikrede køretøj ikke vedligeholdes, eller forsikringstageren misligholder sine forpligtelser mht. betaling af selvrisiko. Det første, men ikke det sidstnævnte forhold, er begrundet i en risikovurdering, og det kunne overvejes, om der ikke på anden måde bør opstilles klare regler for regulering af selvrisiko (både i selskabets og forsikringstagerens interesse).

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

"Når et forsikrings-selskabs behandling af en skade er afsluttet, og selskabet herefter udnytter vilkår, hvorefter selskabet kan udtræde af forsikringen, skal forsikrings-

selskabet udbetale erstatningen for skaden til forsikringstageren, selv om denne tidligere har valgt at afslå selskabets tilbud herom. Tilsvarende gælder, hvis forsikringsselskabet som betingelse for forsikringens fortsættelse kræver en ændring af betingelserne til skade for forsikringstageren”.

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

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

5.1.2. Opsigelse ifølge lov

Efter forsikringsaftalelovens § 5, stk. 2 kan et selskab opsige en forsikring, hvor forsikringstageren har afgivet urigtige oplysninger ved forsikringens tegning, selv om forsikringstageren er i god tro. Dette gælder dog kun ved skadesforsikring, dvs. ikke for summaforsikringer som livs-og ulykkesforsikring. Begrundelsen for denne regel skal søges i læren om forudsætninger ved aftalers indgåelse og i den omstændighed, at det har betydning for selskabet særlig ved langvarige aftaler.²⁴ Når reglen kun omfatter skadesforsikring skyldes det i følge Udkast til lov om forsikringsaftaler (1925), s. 33 “... at medens det

²⁴

Se Udkast til lov om forsikringsaftaler, 1925, s. 33.

her i almindelighed vil være let for forsikringstageren mod en lempelig præmieforhøjelse at få tegnet en ny forsikring [læs: Skadesforsikring], vil det ved livs- og ulykkesforsikring kunne ske, at forsikringstageren på grund af alder, sygdom mv. slet ikke eller kun mod uforholdsmæssigt stort vederlag påny vil kunne blive forsikret”.

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

Herudover indeholder forsikringsaftalelovens § 51, stk. 2 en ret for selskabet til at opsige en skadesforsikring i det tilfælde, hvor en i aftalen optaget sikkerhedsforskrift er tilsidesat, og det må “befrygtes at forskriften også i fremtiden vil blive overtrådt ...”. Opsigelsesvarslet er også her 1 uge. Efter motiverne at dømme har det især været meningen at opsigelsesretten skulle kunne bruges ved erhvervsforsikringer og da ud fra et forudsætningssynspunkt.²⁵

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

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

Undlader forsikringstageren at anmelde risikoforandringen til selskabet, har selskabet efter § 47 ret til at opsige forsikringen også i de

tilfælde, hvor risikoforandringen ikke er sket med forsikringstagerens vilje.

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

For brandforsikring gælder reglen i FAL § 84, hvorefter det følger, at en brandforsikring, der er et-årig, fornyes for et år ad gangen, medmindre forsikringstageren eller selskabet opsiges den med en uges varsel til udløb. Reglen er fravigelig og fraviges da også som det lige er set i Familiens Basisforsikring II. Den fraviges også i bygningsbrandforsikringen af hensyn til panthaverne og af hensyn til forsikringspligten, der følger af aftalen mellem panthaver og forsikringstager.²⁶ Tiden er løbet fra reglen i § 84, som (mindst) bør bringes i overensstemmelse med praksis. Se også straks nedenfor.

Ved nogle forsikringer gælder der særlige regler. Således er ansvarsforsikring for motorkøretøjer lovpligtig, og de forsikringsselskaber, der har koncession til at tegne disse forsikringer, er "forpligtet til at overtage forsikring for enhver forsikringspligtig, der vil underkaste sig selskabets forsikringsbetingelser, fastsat i overensstemmelse med den risiko, som overtages"²⁷. Det er vigtigt at mærke sig, at et selskabs afvisning eller antagelse på skærpede vilkår, der er grundet i andre forhold end risikoen, ikke kan anses for saglig begrundet og ikke vil være gyldig. Kaskoforsikring af motorkøretøjer har selskaberne ingen pligt til at tegne, men det må antages, at det kan kræves, at et forsikringsselskabs afvisning eller krav om skærpede betingelser er begrundet i den risiko der skal overtages. Forsikringsankenævnets praksis viser også dette. Afviser et selskab at erstatte en skade, fordi denne er sket lige efter begæringen er afsendt og før policen er modtaget, pålægger nævnet selskabet at udrede erstatningen,

²⁶ Se også justitsministeriets pantebrevsformular A og B.

²⁷ Bkg. 1171 af 16. december 1992, § 5, stk. 1.

medmindre selskabet kan dokumentere, at afvisningen er begrundet i risikoen og ikke i den indtrådte skade.

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

5.1.3. Forslag

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

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

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

Når det gælder selskabernes opsigelse med hjemmel i *aftalen* kan der navnlig sondres mellem opsigelse grundet i en risikovurdering og op-

sigelse grundet i forsikringstagerens misligholdelse af aftalen. Andre grunde bør i almindelighed ikke anerkendes.

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

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

Med hensyn til Forbrugerombudsmandens retningslinier om tilbagebetaling ved autoskader, hvor selskabet opsiger forsikringen, foreslås det, at disse tydeliggøres på det punkt, der er citeret ovenfor i afsnit 5.1.1., og at det overvejes, om der er rimelig grund til at selskabet i den nævnte situation overhovedet skal kunne opsige forsikringen.

5.2. Forbrugerens muligheder (for at opsige)

Som det fremgår i afsnit 5.1. gælder de der nævnte opsigelsesklausuler for både selskab og forsikringstager.

Som det også fremgår ovenfor er forbrugerforsikringer normalt et-årige. Hvis der forekommer forbrugerforsikringer, der er flerårige, vil de kunne tilsidesættes, hvis kunden ønsker det, som det også fremgår af Forsikringsankenævnets afgørelse nr. 23.922/1988, hvor en 5-årig forsikringsaftale blev tilsidesat iht. Assurandør-Societetets henstilling (citeret nedenfor i kap. 4, afsnit 5.1.1.) og i henhold til Højesterets dom i UfR 1982.176 citeret i kap. 9, afsnit 3.

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

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

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

Ifølge en undersøgelse foretaget af Analyseinstituttet Gallup (Medieindeks 2000) er kundernes loyalitet overfor deres forsikringsselskab ganske stor,²⁸ men udrederen har ikke tilstrækkeligt grundlag til at vurdere, i hvilket omfang kunderne vil gøre brug af en udvidet opsigelsesret.

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

5.3. Forslag

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

²⁸ Ca. 35% af de adspurgte havde været kunde i deres "hovedforsikringsselskab i mere end 11 år.

opsigelse og om eventuelle nye og bedre dækningsmuligheder i selskabet.

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

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

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

5.4. Ophør af anden grund end opsigelse

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

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

5.5. Forslag

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

6. Flyttegebyrer og udbetalingsgebyrer ved livs- og pensionsforsikring²⁹

6.1. "Frivillige" privattegnede forsikringer

I 1992 startede en diskussion i medieme om berettigelsen af forsikringsselskabers beregning af gebyrer ved forsikringstagernes overflytning af livs- og pensionsforsikringer fra et forsikringsselskab til et andet eller til en bank, pensionskasse osv. Baggrunden for kritikken var en af forsikringsbranchen i 1992 udarbejdet aftale "om fradrag i forbindelse med overførsel af nettoreserver mellem livs- og pensionsforsikringsselskaber". Denne aftale var godkendt af Finanstilsynet, men med den betingelse, at der inden den 1. januar 1994 "skabes bedre sammenhæng mellem omkostningsbelastningen ved ind- og udtræden"³⁰. I forbindelse med Finanstilsynets midlertidige godkendelse udtalte tilsynet bl.a. (genkøbsfradragsrapportens side 8-9):

"... Der er imidlertid i de senere år blevet mindre sammenhæng imellem livsforsikringsselskabernes anvendelse af et gennemsnitligt fastsat flyttegebyr og de samme selskabers stigende tendens til omkostningsbonus-systemer med individuelle betingelser, bestemt af de øvrige forhold omkring forsikringerne. Finanstilsynet finder på den baggrund, at det snarest bør sikres, at den, der flytter sin opsparing - i højere grad end i dag - omkostningsmæssigt behandles under hensyntagen til alle forsikringens karakteristika. Dette problem har afta-

²⁹ Spørgsmålet om overførsel er behandlet i Konkurrencestyrelsens pjece af 20. december 2000 om god konkurrencesikring på forsikringsområdet.

³⁰ Finanstilsynets rapport om genkøbsfradrag (marts 1994).

len ikke løst ...” ... ”det vil være Finanstilsynets målsætning yderligere at reducere omkostningerne ved overførsel i perioder, hvor der ikke er behov for at værne mod spekulation mod kursforskelle. Herved kan der også tages hensyn til Finansrådets indvendinger mod den nu - midlertidigt - godkendte ordning ...”

Konkurrencerådet havde udtalt, at det var af den principielle opfattelse, at såvel brugen af G 82³¹ som størrelsen af genkøbsfradraget deri var konkurrencebegrænsende.

Finansrådet havde tilkendegivet, at man fandt, at Assurandør-Societetets midlertidige aftale “giver ulige konkurrencevilkår imellem forsikringssektoren og pengeinstitutsektoren, idet omkostningsbelastningen ved genkøb efter aftalen er forskellig, afhængigt af om de udbetalte midler anvendes som indskud i et andet forsikringselskab, der er tilsluttet aftalen, eller om de anvendes andetsteds. Finansrådet anerkender behovet for, at genkøbsfradraget, herunder et kursværn, beskytter de tilbageværende forsikringstagere mod overvæltning af omkostninger og mod spekulative overførsler som følge af kursforskelle. Finansrådet finder, at disse hensyn bør føre til, at kursværn alene anvendes, når kursforskelle tilsiger det, samt at genkøbsfradraget fastsættes uafhængigt af, til hvem ordningen overføres”.

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

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

31

Beregningsgrundlag hvor Finanstilsynet har givet tilladelse til tegning af 47 grundformer. Se evt. bilag 6 i Forsikringsret (Ivan Sørensen).

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

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

Disse fradrag dækker følgende:

(Uafskrevne) erhvervelsesomkostninger: Fradrag for erhvervelsesomkostninger skal dække de omkostninger der er forbundet med etablering af forsikringen. Erhvervelsesomkostningerne består bl. a. af provision til assurandør m. fl. og udgifter til helbredsbedømmelse ved etablering af forsikringen. Erhvervelsesomkostningerne afskrives i forsikringens løbetid. Har forsikringen været i kraft i længere tid, og er omkostningerne amortiseret, eller er der tale om indskudsbetalt forsikring, skal de ansættes til 0 på overflytningstidspunktet. Transaktionsomkostninger: Der er tale om et ekspeditionsgebyr, som skal dække det afgivende selskabs administrationsudgifter til selve overflytningen. Efter de oplysninger udrederen har fået, ansætter selskaberne i almindelighed udgifterne til 1.327,- kr. Kursværn: Fradraget skal dække tab forbundet med realisering af kurstab på de værdipapirer, de forsikredes penge er placeret i (nogle selskaber oplyser, at det for tiden er 0 kr.). Risikoværn: Hvis en forsikring overvejende består af livsbetingede ydelser, vil selskaberne ifølge rapporten (side 19) forlange helbredsoplysninger i genkøbssituationen, idet der kan være tale om vis spekulation i forsikringen. Således mener man, at den, der pga. et svagere helbred forventer at leve kortere tid end gennemsnittet, vil ønske forsikringen genkøbt. Såfremt de modtagne helbredsoplysninger viser, at forsikredes helbred er dårligt, vil genkøb derfor blive nægtet. I rapportens side 19 anføres hertil "I sådanne genkøbssituationer mister forsikringsbestanden den risikogevinst, der var forudsat i beregningsgrundlaget, og som i henhold til det almindelige forsikringsprincip skulle anvendes til de, der forbliver i bestanden længere end gennemsnittet".

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

Udvalgets arbejde mandede ud i et idékatalog med en række forslag til metoder til sammensætning af genkøbsfradrag. Det var herefter overladt til selskaberne at udvikle deres egne systemer og anmelde disse inden den 1. juli 1994, fra hvilket tidspunkt disse regler om beregning af tilbagekøbsværdien er gældende. I rapportens konklusion (side 43) fremgår bl.a. "... Herefter vil forsikringsmarkedet, hvad angår mulighederne for genkøb, kunne tilbyde et tilstrækkeligt varieret sortiment af forsikringsprodukter, der giver forsikringstagerne en række reelle valgmuligheder, således at konkurrencen på livsforsikringsmarkedet fortsat vil være stærk og optimal til gavn for forsikringstagerne".

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

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

Når der indgives en klage over omkostninger og gebyr for overflytning af en privat tegnet forsikring til Ankenævnet for Forsikring, kontrollerer nævnet om det faktisk opkrævede beløb er i overensstemmelse med

de af Finanstilsynet godkendte regler, selskabets koncession og selskabets årlige anmeldelser af bonus, men nævnet foretager ikke herudoveren selvstændig civilretlig vurdering af gebyrets berettigelse, herunder om det må antages at dække de faktiske ekspeditionsomkostninger, jf. kendelse nr. 50.592/2000.³²

I en anden sag, der var forelagt Forsikringsankenævnet (sag nr. 53.115), klagede forsikringstageren over, at det afgivende selskab ville fratrække genkøbsomkostninger med et beløb på 6.970 kr. og et administrationsgebyr på 400 kr. for "administration og forsikringsdækning" i 1999. Nævnet fandt ikke grundlag for at betvivle, at selskabets renteberegning og gebyrer mv. var i overensstemmelse med policen og de af Finanstilsynet godkendte regulativer. Det samme udtalte nævnet i sag nr. 53.441/2001, hvor selskabet havde beregnet sig et ekspeditionsgebyr på 1.030,00 og en genkøbsværdi på 5% af forsikredes opsparing.

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

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

Informationsbekendtgørelsen³³ vedrørende livsforsikring indeholder regler om, at et livsforsikringsselskab hvert år skal give forsikringstageren oplysninger om størrelsen af forsikringsydelse og bonussitu-

³² Tidsskriftet Forsikring nr. 14/2000.

³³ Bekendtgørelse nr. 609 af 14. juli 1995 om information fra forsikringsselskabet til forsikringstager ved indgåelse af en livsforsikringsaftale.

ationen. For forsikringer, der ikke er under udbetaling, skal der også gives oplysninger om størrelsen af tilbagekøbsværdi og fripoliceværdi, jf. nærmere bekendtgørelsens § 5, stk. 2. Der er tale om de såkaldte dækningsoversigter. Selskaberne har ikke nogen pligt til at give oplysninger om omkostningerne ved overflytning.

I Norge er der i 1992 udstedt en "forskrift om rett til overføring av oppsamlede midler knyttet til kollektiv eller individuell livs- eller pensjonsforsikring".³⁴

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

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

Gebyret fastsettes under hensyn til omkostninger som skal være dekket gjennom de omkostningselementer det tidligere er tatt hensyn til ved beregning av premien for pensjonsordningen.

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

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

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

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

³⁴

Fastsat af Finans- og tolldepartementet den 27. november 1991 med hjemmel i lov nr. 39 af 10. juni 1988 om forsikringsvirksomhed § 7-8, stk. 3 m fl. bestemmelser.

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

6.2. Forslag

Det ligger uden for udrederens opgave at foretage en økonomisk eller aktuarmæssig undersøgelse af beregningen af genkøbsværdi mv. Det er dog udrederens opfattelse, at strukturændringen efter Finanstilsynets rapport i 1994 har medført større gennemsigtighed, når det gælder beregningen af genkøbsfradraget. Som nævnt ovenfor ansættes kursværnet for tiden til 0 kr., og dette stemmer med intentionerne i rapporten. For tiden udgør en enkelt omkostning den væsentligste del af genkøbsfradraget nemlig erhvervelses- eller etableringsomkostningerne.

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

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

I bankpraksis ses eksempler på anerkendelse af et gebyr på 500 kr. for overflytning af en kapitalpensionsordning. Pengeinstitutankenæv-

nets formand har dog i Årsberetning 1993 (side 2) givet udtryk for at den rigtigste løsning efter hans opfattelse ville være, at pengeinstitutterne blev enige om helt at afskaffe overførselsgebyrer. Heller ikke på dette område har udrederen et tilstrækkeligt grundlag til at foretage en sammenligning.

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

I lyset af de klager, der stadig fremsættes mod selskabernes flyttegebyrer, foreslår udrederen, at Forbrugerombudsmanden tager kontakt til forsikringsbranchen med henblik på at vurdere, om der er mulighed for en nedsættelse af ekspeditionsgebyret og en friere udvikling af beløbets størrelse i selskaberne. Der er noget der tyder på at fastsættelsen af dette gebyr ikke helt følger forudsætningen i ovennævnte Finanstilsyns-rapport. Som det fremgår (side 28-29), skal fradraget altid optræde som et fast beløb, men "Det forudsættes, at beløbet fastsættes individuelt af det enkelte selskab".

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

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

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

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

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

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

6.3. Flyttegebyrer ved ansættelsesrelaterede forsikringer

Der sondres mellem forsikringer tegnet i forbindelse med et ansættelsesforhold og forsikringer tegnet uden for ansættelsesforhold. Forsikringsbranchen har indgået aftale om overførsel af pensionsordninger mellem selskaber i forbindelse med en forsikrets overgang til anden ansættelse (obligatoriske og frivillige ordninger), den såkaldte jobskifteaftale. Endvidere har branchen indgået aftale om pensionsoverførsel ved virksomhedsomdannelser mv. (obligatoriske ordninger).³⁵ I begge aftaler er der hjemmel til at det selskab, der afgiver forsikringen, kan opkræve et gebyr (§ 4 og § 6, stk. 2). Gebyret er ikke beløbsmæssigt fastsat. F&P har oplyst, at selskaberne i almindelighed ikke kræver gebyr efter jobskifteaftalen og virksomhedsomdannelsesaftalen.

6.4. Forslag

Der skal ikke betales ekspeditionsgebyr (ifølge oplysning fra F&P) eller foretages genkøbsfradrag, når der er tale om flytning af forsikringer,

³⁵

Aftalerne skal revideres 1. juli 2002. For tiden arbejdes der med en vurdering af reglerne i aftalerne sammenholdt med indførelsen af et unisexgrundlag.

der indgår i et ansættelsesforhold. Dette synes velbegrundet, bl.a. udfra betragtninger om beskyttelse af arbejdskraftens frie bevægelighed. En sådan flytningssituation adskiller sig desuden fra den "frivillige" flytning, hvor spekulationsmæssige betragtninger ofte vil være den væsentligste årsag (eller eneste årsag).

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

Kap. 5 Forsikringsbetingelserne

1. Standardforsikringsbetingelser

Forbrugerforsikringsområdet består næsten udelukkende af det, der i kontraktsretten kaldes standardkontrakter. På forsikringsområdet er standarkontrakten som begreb stort set lig med forsikringsbetingelserne. Så længe forsikringer ikke dækker enhver skade (ubetinget all-riskforsikring) vil der opstå fortolknings- og afgrænsningsproblemer. Standardforsikringsbetingelserne opfattes af forbrugerne og også af mange jurister som svært tilgængelige. Alene omfanget af forsikringsbetingelserne kan tage pusten fra de fleste. Således består forsikringsbetingelserne for en typisk forbrugerforsikring som Familiens Basisforsikring II af 39 sider tekst og vilkår.

Der har igennem årene været gjort mange forsøg på at gøre sprogbbruget i forsikringsvilkårene mere forståeligt for den almindelige forbruger. Dette har vist sig at være en vanskelig opgave, idet vilkårene både skal kunne "holde" ved en juridisk fortolkning, således at dækningen svarer til præmieberegningen, og skal kunne forstås af forbrugerne.

Familiens Basisforsikring II, der dækker ca. 25% af markedet for familieforsikring, omfatter indbo-ansvars- og retshjælpsforsikring. For-

sikringsbetingelserne er forhandlet mellem forsikringsbranchen og Forbrugerrådet. Det er frivilligt, om selskaberne vil bruge betingelseme, men hvis de bruger dem, må de kun fravige dem i begrænset omfang. Forsikringsbetingelserne er ikke fundet omfattet af gruppefritagelsen, idet de bl.a. indeholder bestemte selvrisikobeløb.³⁶ Imidlertid har Konkurrencestyrelsen fundet, at Familiens Basisforsikring ikke var omfattet af konkurrencelovens § 6, "da selskaberne udbyder en række andre familieforsikringer, der konkurrerer med Familiens Basisforsikring, og forsikringen alene dækker ca. 25 % af markedet", jf. Konkurrencestyrelsen rapport af 20. december 2000, om god konkurrenceskik på forsikringsområdet, s. 46.

Den mellem selskaberne helt ensartede retshjælpsforsikring er alene godkendt af Konkurrencerådet, såfremt det enkelte selskab fastsætter individuelle regler om forsikringssummens og selvrisikoens størrelse, jf. rapportens s. 47.

Konkurrencestyrelsens konklusion vedrørende "standardpolicebetingelsers indflydelse på konkurrencen" er at disse "kan fremme konkurrencen, fordi de sætter forbrugene i stand til at sammenligne produkter og priser. Dog kan standardpolicebetingelser begrænse konkurrencen, hvis de fører til, at produktudvalget begrænses, dvs. hvis det går ud over forbrugernes valgmuligheder. Dermed vil de være omfattet af forbudet i konkurrencelovens § 6". Det anføres videre at standardvilkårene ofte vil være omfattet af gruppefritagelsen eller vil kunne fritages individuelt. Rapporten (side 47) henviser til nogle forhold, der spiller en vigtig rolle for vurderingen af, om standardvilkår vil være omfattet af gruppefritagelsen.

Det er udrederens opfattelse, at de standardiserede forsikringsvilkår indebærer flere fordele end ulemper for forbrugerne. Fordelene er, at det er nemmere for den enkelte forbruger at sammenligne selskabernes priser, når der er tale om samme produkt. Ulemperne er, at de

36

Bekg. nr. 1004 af 16. december 1997 om gruppefritagelse for visse kategorier af aftaler mv. på forsikringsområdet, afsnit III.

standardiserede vilkår ofte vil yde dækninger, der ligger ud over den enkelte forbrugers behov. Således vil en pensionists forsikringsbehov ofte være anderledes (mindre) end den erhvervsaktives behov. Dette kan og bliver da også i et vist omfang afhjulpet ved at selskaberne tilbyder en basisforsikring, hvortil der efter ønske kan tilvælges forskellige yderligere dækningsmoduler.

I forbindelse med internationaliseringen på forsikringsområdet har det været drøftet, om forsikringsbetingelser for forbrugerforsikringer, der sælges i Danmark, kan kræves affattet på dansk. Eks.: Et engelsk forsikringsselskab tilbyder en familieforsikring, der er affattet på engelsk, til danske forbrugere. I en forespørgsel fra Ankenævnet for Forsikring har Forbrugerombudsmanden (bl.a.) udtalt at “.... Selv om vilkårene for en forbrugerforsikring er ordentligt affattet, vil forståelsen af en kontrakt om forsikring fortsat være mere kompliceret end de fleste andre kontraktstyper, der anvendes i forbrugerforhold ... Forsikringsvilkår, der er rettet mod danske forbrugere, men ikke affattet på dansk, vil derfor yderligere komplicere den danske forbrugers mulighed for at overskue kontrakten. Efter at have opremset en række grunde udtaler Forbrugerombudsmanden at “Af disse grunde må anvendelse af udenlandsk sprog overfor danske forbrugere normalt anses at stride mod god markedsføringsskik, jf. § 1 i markedsføringsloven.” Anførte sted udtales det også at i de tilfælde, hvor forsikringsbetingelser kan betragtes som vejledninger, må kravet om dansk sprog (også) gælde, jf. markedsføringslovens § 3 (Juridisk årbog, 1993-1994 s. 109).

Spørgsmålet om betydningen af at en *forsikringsbegæring* var affattet på engelsk er berørt i UfR 2000.1567 H. Et flertal (5 dommere) fandt, at forsikringstageren - i det omfang han ikke forstod den engelske tekst i begæringen - burde have spurgt agenten herom. Et mindretal (4 dommere) udtalte bl.a., at selskabets forsikringer alene blev markedsført på engelsk, selv om en primær målgruppe var private forbrugere, og at forsikringstageren opgav at udfylde begæringen på egen hånd, fordi han ikke forstod den. Nu var der ikke tale om fortolkning af forsikringsbetingelser, men om en forsikringsbegæring, hvor forsikrings-

søgende skulle besvare nogle spørgsmål om bl. a. tidligere skader, men det kan i hvert fald konstateres, at der ikke var enighed om, hvor risikoen for forståelsen af den engelske tekst skulle placeres (hos forsikrings søgende eller hos agenten).

De muligheder, forbrugeren har for at få tilsidesat eller modificeret vilkår i standardkontrakter efter lovgivningen, ligger i aftalelovens § 38 b, uklarhedsreglen, aftalelovens § 36 og god forsikringsskik sammenholdt med god markedsføringsskik. Der findes kun fåtallige forsikrings sager, hvor aftalelovens §§ 36 har været bragt i anvendelse, mens § 38 vist nok ikke har været anvendt ved forsikringsaftaler. Uklarhedsreglen finder dog jævnligt anvendelse.

2. Forslag

Efter udrederens opfattelse går tendensen i retning af uensartede standardforsikringsbetingelser selskaberne imellem. Desuden viser nogen nyere forsikringsbetingelser en detaljerighed, som må virke overvældende på den almindelige forbruger. Set med forbrugerbriller giver dette et uigennemsigtigt marked, hvor det er yderst vanskeligt at sammenligne selskabernes dækningsområder og priser. Set fra selskabernes side er det en balancegang mellem standardprodukter og konkurrencehensyn.

Det foreslås, af Forbrugerombudsmanden tager kontakt med forsikringsbranchen og i overensstemmelse med udtalelsen i den ovenfor citerede rapport fra Konkurrencestyrelsen søger at påvirke branchen til i størst mulig omfang at udarbejde fælles basisforsikringer på forbrugerområdet, hvortil der så kan ske tilvalg og/eller fravalg af forsikringsmoduler. Det forudsættes, at der i påkommende tilfælde tages kontakt til Konkurrencestyrelsen.

Herudover bør Forbrugerombudsmanden overveje - under iagttagelse af relevante EU-regler - om der er behov for at opstille særlige retningslinier for fremmedsprogede forsikringsprodukter herunder affat-

telsen af disse. I lyset af Højesterets dom i UfR 2000.1567 bør det overvejes, om det er forbrugeren eller forsikringsselskabet der skal bære risikoen for misforståelser vedrørende fremmedsprogede forsikringsbetingelser.

3. Afgrænsningen af selskabets ansvar - generelt

I dansk forsikringsaftaleret findes der ikke egentlige regler for, hvorledes forsikringsbetingelser skal opbygges. Forsikringsaftaleloven, der regulerer forsikringsaftalen, er som udgangspunkt deklaratisk (fravigelig), men enkelte af lovens regler er gjort beskyttelsespræceptive i forhold til forsikringstagerne, dvs. at de ikke kan fraviges til skade for de forsikrede. Det har været drøftet, om selskaberne kan formulere sig ud af sådanne præceptive regler til skade for forbrugerne. I den forbindelse har der været rejst spørgsmål om, hvorledes såkaldte "skjulte" handlingsklausuler skal reguleres. I Norge - men ikke i Danmark - har "skjult" handlingsklausul som begreb været kendt og diskuteret i en årrække. Resultatet har været optagelse af særlige regler herom i den norske FAL 1989, § 1-2 med en i forhold til tidligere udvidet definition af begrebet sikkerhedsforskrift og med mulighed for en lempeligere bedømmelse af sikredes uagtsomhed og retsvirkningerne af tilsidesættelse af en forskrift.

Problemet med de "skjulte" handlingsklausuler accentueredes efter Højesterets dom i UfR 1993.893, hvor en husejerforsikring indeholdt følgende klausul:

"Forsikringen dækker, hvis policen omfatter forsikring mod angreb af svamp og insekter, bygningsbeskadigelse forårsaget af træ- og murødelæggende svamp og insekter, når et aktivt angreb er konstateret og anmeldt i forsikringstiden og indtil 3 måneder efter forsikringens ophør".

Af FAL § 21 følger det, at den sikrede skal anmelde skaden til selskabet hurtigst muligt, og at undladelse heraf kan medføre at erstatningen nedsættes eller bortfalder. Bestemmelsen er præceptiv, når det gælder eksempelvis husejerforsikring.

Et flertal i Højesteret fandt, at det citerede vilkår ikke var omfattet af lovbestemmelsen. Det kan udledes af præmisserne, at disse dommere opfatter vilkåret som indeholdende en objektiv afgrænsning af selskabets ansvar. Det må erkendes, at selskaberne har en anerkendelsesværdig interesse i at kunne begrænse deres ansvar i de tilfælde som vilkåret sigter på, men samtidig "legaliserer" dommen, at selskaberne kan formulere sig ud af FAL's præceptive regler, og dette er principielt betænkeligt.

At der hersker nogen usikkerhed om fortolkningen af de forskellige klausuler og reguleringen efter FAL vidner vilkåret om indbrudstyveri i familieforsikringen også om. Indtil Højesterets domme i UfR 1986.125 og s. 129 var det den almindelige opfattelse, at det nedenfor citerede forsikringsvilkår indeholdt en angivelse af forsikringsbegivenheden, og at det derfor var forsikringstageren, der skulle føre bevis for at bygningen osv. var forsvarligt aflåst. Som følge af dommenes resultat genoptog Ankenævnet for Forsikring ca. 100 sager til revurdering, jf. nævnets årsberetning 1986 s. 22.

"Indbrudstyveri. Tyveri ved indbrud i forsvarligt aflåst bygning eller lokale".

Et flertal i dommene fandt, at bevisbyrden for at bygningen osv. ikke er forsvarligt aflåst påhviler selskabet. Det fremgår ikke direkte af dommene, men meget tyder på at disse dommere henfører vilkåret under reglerne om sikkerhedsforskrifter, jf. FAL § 51. Dette støttes også af adskillige efterfølgende afgørelser fra Forsikringsankenævnet og motiverne til FAL.

Problemerne med at fortolke vilkårene angår ikke alene sådanne handlingsklausuler. Det volder også store problemer at tydeliggøre at

dette eller hint vilkår objektivt afgrænser selskabets ansvar, eller om det kræves, at indholdet af vilkåret skal kunne tilregnes forsikringstageren som (f.eks.) uagtsomhed før det får nogen virkning. Vilkår, der indeholder en objektiv ansvarsfraskrivelse, vil selvsagt normalt stille selskabet gunstigere end i de tilfælde, hvor selskabet (også) skal bevise, at forsikringstageren har udvist uagtsomhed.

4. Forslag

Som det fremgår af dommen i UfR 1993.893 H har selskaberne en anerkendelsesværdig interesse i at kunne begrænse ansvaret i vilkårene. Der bør dog skabes klarhed over anvendelsen af handlingsklausuler, og om loven skal regulere sådanne klausuler, således at det undgås, at selskaberne er nødt til at formulere sig ud af præceptive regler.

Det vil være nærliggende, at FAL-udvalget ser nærmere på de objektive og subjektive klausuler, herunder om der bør foreslås udvidede regler om sikkerhedsforskrifter. Endvidere kan det foreslås, at udvalget overvejer om den nuværende § 21 efter Højesterets dom i UfR 1993.893 alene skal omfatte løbende forsikringsforhold, og om dette bør komme til udtryk i bestemmelsen.

5. Udvalgte vilkår

5.1. Nyværdierstatning

Bygningsforsikring og autokaskoforsikring indeholder i almindelighed vilkår om nyværdierstatning.

Når det gælder autoforsikring ydes der en erstatning, der svarer til bilens nyværdi på skadestidspunktet, når nogle nærmere betingelser er opfyldt.

Ved den traditionelle bygningsforsikring ydes der nyværdierstatning, medmindre bygningen er værdiforringet pga. alder, brug mv. med over 30% af nyværdien. Er dette tilfældet foretages der fradrag for hele værdiforringelsen, f.eks. 35%. Herudover findes der i vilkårene faste afskrivningstabeller for enkelte bygningsdele. Brugen af begrebet "nyværdi" har givet en del forståelsesproblemer hos forbrugere, idet de gik ud fra, at forsikringen reelt dækkede nye bygningsdele eller et nyt hus.

Selv om det nok er forståeligt for de forsikrede, at de normalt ikke kan få nyt for gammelt, har brugen af udtrykket nyværdi alligevel givet anledning til klager og jævnlige omtaler i medieme.

Forsikringsankenævnets sag nr. 52.644/2000 viser nogle af de problemer forsikringsvilkår om nyværdi kan give. Forsikringstageren mente, at forsikringen dækkede nyværdi uden fradrag, mens selskabet mente, at der skulle ske fradrag efter 30% s-reglen. Forsikringstageren fik medhold pga. selskabets affattelse af forsikringsbetingelserne. Disse var ganske enkelt ikke affattet godt nok.

Nogle selskaber har indført nye forsikringsvilkår, der tilsiger nyværdierstatning og i stedet for 30% s-reglen har faste afskrivningstabeller for enkelte bygningsdele. Dette giver forbrugeren et bedre overblik, men det ændrer naturligvis ikke noget ved selve anvendelsen af begrebet nyværdi.

Som det er nævnt ovenfor i kap. 2, afsnit 3 skal selskaberne i Sverige give nærmere informationer, når forsikringer dækker nyværdierstatning.

5.2. Indbrudstyveri i familieforsikringen.

Et mindre område inden for Familiens Basisforsikring II volder problemer i praksis. Forsikringen dækker ikke tyveri fra biler, hvor "voldeligt opbrud ikke kan konstateres". "Dog dækkes udvendig bagage på biler".

Det er vist nok uomtvistet, at en del tyverier fra aflåste biler sker uden at efterlade synlige tegn som følge af tyvens fingersnilde. I dette tilfælde dækker forsikringen ikke. Det overrasker nogle forbrugere, at forsikringen derimod dækker tyveri af den bagage, der lå frit tilgængelig på bilens tagbagagebærer.

5.3. Ulykkesbegrebet og invaliditetsbegrebet

Ulykkesforsikringens definition af hvad der skal forstås ved et ulykkestilfælde, har givet mange problemer, og det er da også ulykkesforsikringen, der de senere år har givet anledning til flest klager i Forsikringsankenævnet.

Forsikringsbranchen har i nogle år arbejdet på udviklingen af en for forbrugerne mere forståelig ulykkesdefinition.

Ulykkesdefinitionen er ikke blevet ændret, men F&P har i december 1999 henstillet til selskaberne, at den traditionelle definition suppleres med følgende: "Ved beskadigelse af arme og ben kræves alene, at skadesårsagen skal være pludselig og med en påviselig beskadigelse af legemet til følge". F&P henstillede, at dette vilkår anvendes såvel i bestående som i nye forsikringer.

Udrederen har fået det indtryk, at de fleste selskaber følger henstillingen om at indføre den udvidede dækning for bestående forsikringer i den daglige sagsbehandling, men at ikke alle selskaber har indarbejdet dækningen i deres forsikringsbetingelser, og at enkelte selskaber kun anvender dækningen ved sportsskader. F&P's henstilling er (udtrykkeligt) ikke begrænset til sportsskader.

På et andet område har ulykkesforsikringen også givet nogle forståelsesproblemer. Efter indførelsen af begrebet erhvervsevnetab i arbejdsskadeforsikringen og erstatningsansvarsloven har den frivillige ulykkesforsikrings dækningsvilkår vedrørende invaliditetserstatning voldt fortolkningsmæssige problemer. I UfR 2000.50 H udtaler Højesteret at vilkåret kan være klarere, men at det ikke kan tilsidesættes.

Efter henvendelse fra Forbrugerombudsmanden og på grundlag af udtalelsen i dommen anbefalede ulykkesforsikringsudvalget, at det - i hvert fald i forbindelse med nytegninger - præciseres i ulykkesforsikringsbetingelseme, at der ikke er tale om en erhvervsevnetabsdækning, men at grundlaget for erstatningen er en medicinsk méngradsbemåelse.

Udrederen har kendskab til at en række selskaber allerede har eller er i gang med at indarbejde disse præciseringer, men udrederen har ikke grundlag for at danne sig et indtryk af, hvor mange selskaber der er tale om, og hvorledes vilkårene bliver præciseret.

5.4. Forslag

Bygningsforsikringens brug af udtrykket *nyværdierstatning* er egnet til at blive misforstået. Det foreslås, at Forbrugerombudsmanden gennem forhandling med forsikringsbranchen overvejer indførelsen af et andet og for forbrugerne mere forståeligt udtryk, eller at anvendelsen i overskrifter osv. af udtrykket *nyværdi* nedtones.

Med hensyn til *Familiens Basisforsikrings* dækning af tyveri af indbo fra biler foreslår udrederen, at det ved Forbrugerrådet og forsikringsbranchens revision af denne forsikring indgår overvejelser om en modifikation af reglerne på dette punkt.

Når det gælder *ulykkesforsikringen* ser det ud til at der er en tendens til at selskaberne på kort sigt vil have forskellige ulykkesdefinitioner, og at der på længere sigt vil blive tale om udvidelser af definitionen med et større dækningsområde til følge.

Som det foreslås generelt nedenfor i kap. 9 foreslås det også her, at Forbrugerombudsmanden gennem forhandling med F&P søger at få F&P s henstilling om den udvidede dækning gjort mere synlig for forbrugerne.

Endvidere peges på, at nogle selskaber tilsyneladende ikke har ændret deres forsikringsbetingelser i overensstemmelse med hen-

stillingen. Der peges også på, at enkelte selskaber ikke følger henstillingen om at den udvidede dækning ikke er begrænset til sportsskader.

Med hensyn til ulykkesforsikringsudvalgets anbefaling af præciseringen i ulykkesforsikringsbetingelserne af dækningen af den medicinske méngrad er det udrederens opfattelse, at denne anbefaling bør være mere synlig for forbrugerne.

Desuden foreslås det, at forskellen mellem begreberne medicinsk méngrad og erhvervsevnetab klart og præcist forklares i forsikringsbetingelserne.

Kap. 6 Skadeanmeldelse og selskabernes sagsbehandling

1. Skadeanmeldelse

Der stilles ikke formkrav til skadeanmeldelsen i lovgivningen og normalt heller ikke i forsikringsaftalen. Indenfor de sidste ca. 5 år er det blevet almindeligt at især små-skader kan anmeldes, og erstatningen aftales pr. telefon. Personskader under ulykkes- og livsforsikring skal dog stadig anmeldes skriftligt. Det ser ikke ud til, at der er nogen selskaber, der har indarbejdet sagsbehandlingen på internettet, men det er den almindelige opfattelse, at dette vil ske i løbet af nogle år.

2. Forslag

Udrederen har fået det indtryk, at den telefoniske anmeldelse og erstatningsopgørelse fungerer godt, og at selskaberne - og tilsyneladende også forbrugerne - er meget tilfredse med denne ordning.

Så længe denne "formløse" måde alene anvendes ved små-skader, er det udrederens opfattelse, at man bør styrke denne hurtige og smidige sagsbehandling. Man må dog ikke lukke øjnene for at en mundtlig aftalt erstatning vil kunne give bevismæssige problemer og efterreguleringer i de tilfælde, hvor forbrugeren har glemt nogle erstatningsbeløb ved første henvendelse.

Udrederen foreslår, at Forbrugerombudsmanden følger udviklingen på området.

3. Selskabernes sagsbehandling

Forsikringsaftaleloven og aftalerne opstiller ikke krav til selskabets sagsbehandling, hverken for så vidt angår tid eller kvalitet. Der findes heller ikke etiske regler herom.

F&P's forbrugerpolitiske handlingsplan indeholder følgende henstilling til selskaberne:

"... 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".

Endvidere henstiller F&P til medlemsselskaberne, at disse ved afslutningen af en skadessag, hvor kunden har udtrykt utilfredshed med selskabernes afgørelse, vejleder om Forsikringsankenævnet.

Forsikringsankenævnet modtager jævnligt klager over selskabernes sagsbehandling. I enkelte af disse sager har nævnet fundet at selskabet ifalder ansvar for sagsbehandlingsfejl, og i enkelte sager at klageren også har påvist et økonomisk tab som følge heraf. Undtagelsesvis pålægges selskabet at betale forbrugers udgifter til porto, telefon, telefax mv. som er en følge af selskabets sagsbehandlingsfejl, jf. sag nr. 52.751/2000, hvor selskabet erkendte fejlene. I sag

51.879/2000 om alvorlig personskade udtaler nævnet sin kritik af "en for rutinepræget behandling af en sag af individuel karakter". I sag nr. 51.653/2000 fandt nævnet det kritisabelt, at selskabet ikke på et tidligere tidspunkt end sket orienterede klagerne om klageadgangen til Ankenævnet for Forsikring. Dette forhold kunne dog ikke medføre noget andet resultat mht. forsikringsdækningen.

Udrederen har fået det indtryk, at selskaberne har indarbejdet eller er i gang med at indarbejde F&P's henstilling om at begrunde afslag og give klagevejledning. Udrederen har ikke grundlag for at vurdere, hvordan det bredt set fungerer i praksis, og om forbrugere er tilfredse med selskabernes begrundelser og klagevejledning.

Det har været diskuteret om selskabets afvisning og begrundelse skal ledsages af en opfordring til forbrugeren om i første omgang at rette henvendelse til selskabet, før der indgives klage til Forsikringsankenævnet. Fremkommer der ved en sådan henvendelse nye oplysninger, som medfører, at selskabet ændrer sin første afgørelse er der - siges det - ingen grund til at klage til nævnet. En vejledning med det i første punktum anførte indhold findes i hvert fald i nogle forsikringsbetingelser og som standardvejledning i nogle selskabers breve til forbrugerne. Det vigtigste er, at forbrugere erindres om klagemuligheden og den ordning, som allerede praktiseres af nogle selskaber, må anses som rimelig og omkostningsbesparende.

3.1. Selskabernes sagsbehandlingstid

Der findes heller ikke specielle regler om den sagsbehandlingstid selskaberne med rimelighed må bruge ved forskellige skadestyper. I FAL § 24 ligger der - som følge af den lave markedsrente - en tilskyndelse for selskaberne til at få sagerne afgjort hurtigt. Efter FAL § 24 skal selskaberne nemlig betale en forsinkelsesrente på 5% over diskontoen dvs. pt. en rente på 9,75%, som må siges at være en ganske god forrentning for forbrugeren.

Udrederen har ikke grundlag for at vurdere selskabernes sagsbehandlingstid.

3.2. Opgørelse af erstatning mv.

Forsikringsaftalen fastsætter reglerne for, hvorledes erstatningen skal beregnes. Ved større erstatningskrav der ikke kan opgøres på én gang har forbrugeren mulighed for at forlange a conto udbetaling. Dette er vigtigt ved større personskader, brandskader og tyverier.

Det er fastantaget, at a conto erstatning kun udbetales efter særskilt påkrav fra forsikringstageren. På det tidspunkt i sagsbehandlingen, hvor selskabet kan se, at der vil blive tale om omfattende skader og hermed at større erstatningsbeløb vil komme til udbetaling, skal det imidlertid *vejlede* kunden om retten til at få udbetalt a conto erstatning, jf. Højesterets dom i UfR 2001.352 om alvorlig personskade ved en ulykkesforsikring. Dommen må antages at have indført en vejledningspligt i disse tilfælde. Tilsidesættelse af vejledningspligten medfører, at selskabet skal forrente delkravet fra det tidspunkt dette kunne opgøres.

3.3. Forslag

Det er udrederens opfattelse, at der foregår en god kvalitetsstyring igennem Forsikringsankenævnet og tildels også ved selskabernes egne tilfredshedsundersøgelser. Med de erfaringer der høstes fra bl.a. klagesager over sagsbehandlingen i ankenævnets sager foreslås, at Forbrugerombudsmanden tager initiativ til at disse udmøntes i nogle almindelige normer for god kvalitet i sagsbehandlingen og almindelige normer om en rimelig sagsbehandlingstid.

Med hensyn til afslag på erstatning og begrundelsen herfor foreslås, at principperne i F&P's henstilling på dette punkt indarbejdes i eventuelle retningslinier, ligesom det bør overvejes at udarbejde en standardvejledning med et indhold, der allerede anvendes af nogle selskaber, jf. afsnit 3 og kap. 9, afsnit 2.4.

Hvad særligt angår forsikringstagerens ret til a conto erstatning foreslås, at FAL-udvalget overvejer, hvorledes FAL § 24 på dette punkt bør ændres i lyset af Højesterets dom i UfR 20001.352 H.

4. Særlige spørgsmål

4.1. Reklamation over reparation af tingskader

Ved forsikringstagerens reklamation over mangler ved reparationen af den forsikrede ting er udgangspunktet, at det er den, der har rekvireret ydelsen, der skal reklamere til reparatøren, jf. hertil Forsikringsankenævnets sag nr. 53.200/2000.

I de adspurgte selskabertegner der sig følgende procedure ved reklamationer over *autoreparationer*, hvor forsikringstageren har valgt reparatør: A. Forsikringstageren henvises til værkstedet. B. Er forsikringstageren stadig ikke tilfreds, kontakter selskabets taksator reparatøren. C. Er forsikringstageren stadig ikke tilfreds, overgives sagen til cheftaksator eller, som et selskab har indført, henvises til at få foretaget en test hos FDM, som betales af selskabet.

4.2. Regresaftalen vedrørende autoskader

De fleste forsikringsselskaber, der tegner motorkøretøjsforsikring, er tilsluttet regresaftalen. Denne aftale indeholder ansvars- og fordelingsregler for så vidt angår typiske færdselsuheldssituationer. Aftalen er bindende for de tilsluttede selskaber, der forpligter sig til at følge ansvars- og fordelingsreglerne. Disse er udarbejdet af forsikringsbranchen - efter det oplyste - på grundlag af de fordelingsnormer, der kan udledes af domstolenes praksis. Regresaftalen er således ikke bindende for forsikringstagerne. Dette betyder, at et andet udfald ved domstolene eller Forsikringsankenævnet - end det der følger af regresaftalen - skal lægges til grund i forholdet mellem forsikringstageren og hans selskab.

Formålet med regresaftalen er at lette selskabernes sagsbehandling og at begrænse administrationsomkostningerne på et område med et meget stort antal skadessager og på et område, der traditionelt viser stor uenighed om placering af "skylden" mellem de direkte implicerede parter.

Regresaftalen er ikke offentliggjort, idet den som anført kun er bindende mellem selskabene. Uddrag af regresaftalen findes dog i en folder udgivet af Forsikringsoplysningen.

Forsikringsankenævnet modtager ofte klager over skyldspørgsmålet i færdselsuheld. Det er kun sjældent, at en klagesag fører til et andet resultat end det, der følger af regresaftalen. Det må derfor antages, at regresaftalen er af stor betydning ved afgørelsen af ansvarsfordelingen i motorkøretøjsforsikring.

4.3. Forslag

Udrederen har ikke grundlag for at vurdere serviceniveauet for alle forsikringstyper og for den samlede branche, men udrederen har fået det indtryk, at selskaberne yder en god service ved *reklamationer* over autoreparationer. De problemer, der opstår omkring reklamationer, skyldes antagelig ofte, at forbrugeren ikke forstår, at han selv skal reklamere til reparatøren, når der er tale om en "forsikringssskade".

Det foreslås, at Forbrugerombudsmanden ved forhandling med branchen opstiller klare regler for proceduren ved reklamation af forsikringsdækkede tingsskader, og at forbrugerne informeres herom på behørig måde.

Regresaftalen må antages at indebære betydelige fordele både for selskaberne og forsikringstagerne, navnlig som procesbegrænsende og hermed omkostningsbesparende foranstaltning. Udrederen er dog opmærksom på, at nogle forbrugere har tilkendegivet, at de følte, at selskaberne "handlede hen over hovedet" på dem, når afgørelsen var truffet på grundlag af aftalen. Udrederen har ikke grundlag for at udtale sig om kvaliteten af selskabernes information, når en sag afsluttes med en ansvarsfordeling, men klagerne i disse sager kan tyde på, at der er et informationsbehov.

Det foreslås, at Forbrugerombudsmanden sammen med forsikringsbranchen overvejer at synliggøre regresaftalens ansvarsregler f.eks. via Forsikringsoplysningens hjemmeside. Desuden foreslås det, at der sikres en fyldestgørende information til den forbruger, der mod sin forventning pålægges ansvar i færdselsuheld. Med hensyn til selskabernes information og begrundelse for afgørelsen henvises i øvrigt til afsnit 3.3. lige ovenfor.

4.4. Information om kravs forældelse

Forsikringskrav forældes efter 2 år henholdsvis 5 år, jf. FAL § 29. I øvrigt finder reglerne om afbrydelse og særlige retsgrundlag i 1908-loven anvendelse. DL 5-14-4 finder ikke automatisk anvendelse på forsikringskrav, idet det udtrykkeligt fremgår af FAL § 29 at den 20-årige forældelsefrist, jf. 1908-lovens § 4, ikke gælder ved siden af denne regels frister. Dette fremgår også udtrykkeligt af motiverne til FAL § 29.³⁷

I nyere praksis volder FAL § 29 mange problemer, når det gælder senfølger efter personskader under ulykkesforsikringen.

Der er behov for en i højere grad objektiveret forældelsesfrist som er nemmere at administrere for selskabernes sagsbehandlere og forståelig for forbrugerne. At der er behov for en sådan absolut regel viser Forsikringsankenævnets kendelse i sag nr. 52.786/2000.³⁸ Forsikrede, der havde tegnet ulykkesforsikring, rejste krav i 1999 efter et ulykkestilfælde i 1977. Nævnet fandt, at kravet var forældet allerede fordi der var forløbet mere end 20 år fra skaden skete til den blev anmeldt, jf. DL 5-14-4. Afgørelsen stemmer ikke med FAL § 29 og motiverne til den.

Mht. selskabernes sagsbehandling har udrederen fået det indtryk, at selskaberne normalt ikke "advarer" eller særskilt informerer forbrugerne om forældelsesfristerne i forbindelse med en anmeldt skade. Der er dog selskaber der i forsikringsbetingelserne henviser til forældelsesregler.

Et særligt problem kan opstå, når forbrugeren har indgivet klage til Forsikringsankenævnet, og kravet forældes under nævnets sagsbehandling. Imidlertid antages det, at indgivelse af klage til ankenævnet har afbrydende virkning. Assurandør-Societetet (nu F&P) har da også henstillet til selskaberne om ikke at gøre forældelsesfristerne gældende i disse tilfælde.³⁹

³⁷ Udkast til lov om forsikringsaftaler (1925), s. 69.

³⁸ "Forsikring" nr. 6 - 19. marts 2001.

³⁹ Ved skrivelse af 23. april 1985.

I den norske FAL 1989 gælder der et differentieret system af forældelsesfrister og regler. § 8-6 regulerer krav på skadesforsikring, § 18-5 syge- og ulykkesforsikring og § 18-6 omfatter livs- og pensionsforsikring. Krav på skadesforsikring forældes senest 10 år efter skadens indtræden (udløbet af kalenderåret). Det samme gælder krav mod syge- og ulykkesforsikring, pensions- og livrenteforsikring, mens krav på kapitallivsforsikring forældes først 20 år efter at forsikringsbegivenheden indtrådte (udløbet af kalenderåret).

I cirkulære 18-1999 anmoder Norges Forsikringsforbund medlemsselskaberne om at lægge følgende vedtagne branchekutymen til grund ved sagsbehandlingen:

“1. Dersom forsikringstaker har sendt melding til /fremmet krav til et forsikringsselskab etter reglene i FAL §§ 8-5, 8-6, 18-6 (for eksempel vedrørende en personskaade etter en bilulykke) bør dette forsikringsselskapet i utgangspunktet ikke påberope seg for sent meldt krav/ foreldelse med virkning for andre krav (for eksempel ulykkesforsikring) som springer ut av samme hendelse.

2. Forsikringsselskaperne bør med utgangspunkt i bestemmelsene i FAL §§ 8-5, 8-5 eller 8-6 ikke påberåpe seg for sen melding/foreldelse av kollektive forsikringsdekninger overfor sikrede i de tilfeller, hvor fristoversittelsen skyldes at sikrede ikke kjente til dekningen, og heller ikke hadde grunn til å kjenne den. Dog foreldelsesfristen på 10 år eller 20 år i forhold til FAL §§ 8-6 og 18-6 bli opprettholdt. Dette gjelder ikke for yrkesskade, hvor man har andre regler”.

4.5. Forslag

Det foreslås, at FAL-udvalget i forbindelse med overvejelser om forslag til ændrede lovregler om forældelse i FAL henter inspiration fra de norske lovregler samt pkt. 1 i den ovenfor citerede branchekutyme. Mht. kollektive forsikringer foreslås, at FAL-udvalget ser nærmere på muligheden for særlige regler om disse forsikringer, som det også foreslåes af udrederen i kap. 8.

Det foreslås, at Forbrugerombudsmanden følger udviklingen i FAL-udvalget, herunder overvejer at tage initiativ til eventuel regulering af de kollektive forsikringer på lignende måde som sket i Norge, jf. pkt. 2 i de lige ovenfor citerede branchekutymmer.

Kap. 7 Mulighederne for at få ændret selskabets afgørelse

1. Domstolene

Der føres relativt mange sager af forbrugere ved domstolene, men procesaktiviteten begrænses væsentlig af domstolenes sagsbehandlingstid og af procesomkostningerne.

I 2000 påbegyndte Forbrugerrådet projektet "forbrugernes principalsager", som beskrevet af Sonny Kristoffersen i Advokaten 2000, s. 205. Det er hensigten at føre nogle principielle sager - der antages at have stor betydning for mange forbrugere - om bl.a. forsikringskrav, der ellers ikke ville blive ført af forbrugeren.

2. Voldgift

Den frivillige ulykkesforsikring dækker forsikredes mén på 5% eller derover som følge af ulykkestilfælde. Forsikringsbetingelserne indeholder som regel klausuler om, hvilket forum der skal træffe afgørelsen af méngraden, hvis parterne er uenige om méngradens størrelse.

I UfR 2000.1 152 H indeholdt en heltidsulykkesforsikring følgende klausul:

"9.0 Voldgift.

9.1 Invaliditetsgradens størrelse eller omfanget af forbigående arbejdsudgygtighed skal, hvis en af parterne kræver det, fastsættes endeligt af Sikringsstyrelsen, hvis afgørelse er bindende for begge parter."

Højesteret fandt, at bestemmelsen var vedtaget mellem parterne, fordi den var særlig *fremhævet*, og da forsikringsbetingelserne var modtaget af forsikringstageren *sammen med policen* (Fremhævet her).

En klausul som den citerede betragtes som en voldgiftsaftale og reguleres af reglerne i voldgiftsloven. En afgørelse af méngradens størrelse truffet af Arbejdsskadestyrelsen afskærer derfor forsikrede muligheden for at få prøvet spørgsmålet ved domstolene. Hvis behandlingen i Arbejdsskadestyrelsen imidlertid ikke kan anses for at have været betryggende, er afgørelsen ikke bindende. Dette resultat kom Højesteret frem til i den citerede sag.

Selskabernes forsikringsbetingelser er på dette punkt affattet forskelligt. Her gives nogle eksempler i tilfældig rækkefølge:

1. "Både forsikrede og [selskabet] kan forlange spørgsmålet om méngradens størrelse forelagt for Arbejdsskadestyrelsen ved uenighed om den af [selskabet] fastsatte méngrad. Arbejdsskadestyrelsens afgørelse, der er en voldgiftsavgørelse, er bindende for begge parter."

Klausulen er optaget i forbindelse med "klagemuligheder" og med en henvisning til, at forsikrede kan få "visse erstatningsspørgsmål afgjort af Arbejdsskadestyrelsen".

2. "Både forsikrede og [selskabet] kan forlange spørgsmålet om méngradens størrelse forelagt for Arbejdsskadestyrelsen ved uenighed om den af [selskabet] fastsatte méngrad. Arbejdsskadestyrelsens afgørelse er bindende for begge parter. Den af parterne, der ønsker spørgsmålet om méngradens størrelse forelagt for Arbejdsskadestyrelsen, betaler de omkostninger, der er forbundet med forelæggelsen herunder udgifter til yderligere lægeerklæringer. Ændrer Arbejdsskadestyrelsen den af [selskabet] fastsatte méngrad til fordel for forsikrede, betales omkostningerne altid af [selskabet]."

... Hvor kan De klage?

... Hvis uenigheden vedrører méngradens størrelse, kan klagen forelægges Arbejdsskadestyrelsen gennem [selskabet]. Arbejdsskadestyrelsen er en

uvildig offentlig instans, som har lægelig ekspertise i fastsættelse af méngrader.”

3. “... Méngradens størrelse skal - hvis en af parterne forlanger det - fastsættes af Arbejdsskadestyrelsen, hvis afgørelse er bindende for begge parter ...”

Det må anses for tvivlsomt, om klausul 1 er tilstrækkelig fremhævet og hermed må anses vedtaget af parterne, jf. den ovenfor citerede højesteretsdom. Klausul nr. 2 og 3 er placeret i den almindelige tekst, der beskriver invaliditetserstatningen og er ikke særlig fremhævet. Det må derfor antages, at disse klausuler ikke opfylder de krav, der kan udledes af dommen.

I de tilfælde, hvor den fastsatte méngrad ikke er bindende for forsikrede - det vil sige i de tilfælde, hvor selskabets lægekonsulent eller Arbejdsskadestyrelsen uforbindende har fastsat méngraden, kan forsikrede få prøvet afgørelsen ved domstolene eller Forsikringsankenævnet. Der findes ikke en rekursmyndighed ligesom ved arbejdsskader, hvor Den Sociale Ankestyrelse er ankeinstans. Domstolene og Forsikringsankenævnet vil normalt ikke selv ændre en afgørelse truffet af Arbejdsskadestyrelsen, jf. dog nogle fåtallige tilfælde f.eks. UfR 1999.1087 V, hvor landsretten tilsidesatte Arbejdsskadestyrelsens afgørelse ikke af en méngrad, men af et erhvervsevnetab.

3. Forslag

Fastsættelse af méngrader skal ske under medvirken af medicinsk sagkyndige. Det er derfor velbegrundet at forsikringsbetingelserne henviser disse spørgsmål til afgørelse i Arbejdsskadestyrelsen, men hvis styrelsens afgørelse skal være bindende skal det (bl. a.) være fremhævet i forsikringsbetingelserne, at der er tale om en voldgiftsavgørelse.

Det foreslås, at Forbrugerombudsmanden forhandler med forsikringsbranchen om en standardisering af voldgiftsklausulen i ulykkesforsikring, i de ovenfor nævnte tilfælde, således at de stemmer overens med UfR 2000.1152 H.

Udviklingen inden for invaliditetserstatning ved ulykkesforsikring viser en tendens til stadig flere sager, hvor forbrugere klager over méngradens størrelse og grundlaget for fastsættelsen.

Efter udrederens opfattelse er der et behov for, at den forbruger, der ikke er tilfreds med en af Arbejdsskadestyrelsens fastsat méngrad, får mulighed for at påklage afgørelsen til en anden sagkyndig instans.

Det foreslås derfor, at Forbrugerombudsmanden optager forhandling med forsikringsbranchen om en sådan klagemulighed med inddragelse af muligheden for at anvende den bestående ekspertise i Den Sociale Ankestyrelse efter forudgående drøftelser med resortministerium.

4. Ankenævnet for Forsikring

Forsikringsnævnets kendelser er ikke bindende for klagerne. For et selskab er nævnets afgørelser bindende, medmindre selskabet anfægter afgørelsen inden 4 uger efter kendelsen. I 2000 anfægtede selskaberne 15 sager, hvilket var 4,7% af de sager, hvor klagerne fik medhold helt eller delvist. I de tilfælde, hvor selskabet anfægter kendelsen, sender nævnet sagen til Forbrugerstyrelsen. Hvis klageren ønsker det, bistår styrelsen med at udtage stævning mod selskabet.⁴⁰ Klagerne orienteres om muligheden for dækning ved retshjælpsforsikring og reglerne om fri proces.

I 2000 fik klagerne medhold i 262 sager eller 9,7% af alle realitetsbehandlede sager. Selskaberne fik medhold i 1578 sager eller 64,4% af alle sager. I 57 sager eller 2,3% af alle sager fik klageren delvis medhold.⁴¹

Med det store antal sager ankenævnet årligt behandler har nævnets kendelser utvivlsomt retskildeværdi inden for forbrugerforsikringsretten. Der er tale om nævnsskabetret på mange områder inden for dette område. Dette

⁴⁰ Ankenævnets årsberetning 2000 s. 19.

⁴¹ Årsberetningen 2000, s. 17.

gælder både økonomisk små sager og lidt større sager. Det gælder retlige spørgsmål, som f.eks. bedømmelsen af grov uagtsomhed ved indboforsikring, indbrudstyveri og ulykkesbegrebet osv.

Sagsbehandlingen er altid skriftlig. Efter vedtægterne for ankenævnet kan nævnet dog indkalde sagens parter til mundtlig forhandling (§ 5). Sagsbehandlingstiden er for tiden op til ca. 6-8 mdr.⁴² Efter vedtægterne kan nævnet afvise sager, der kræver særlig ekspertise eller sager, der har principiel juridiske karakter (§ 4). I 2000 var der 108 sager af denne slags.⁴³

Ankenævnet træffer afgørelse ved kendelse, og denne er ikke eksigibel. Til gengæld sidesættes en klage til nævnet med retslige skridt efter 1908-lovens § 2, og som tidligere omtalt kan klage til nævnet afbryde forældelsesfrister, jf. UfR 2000.1947 H. Afgørelsen træffes med simpelt stemmeflertal. Hvis en kendelse beror på en flertalsbeslutning skal dette på mindretallets begæring anføres i kendelsen (vedtægternes § 10, stk. 4).

Nævnets flertalsafgørelser indeholder ikke oplysninger om, hvorledes flertallet og mindretallet er fordelt blandt de deltagende medlemmer. Til eksempel kan nævnes, at i det norske forsikringsankenævn angives navnene på dissenser og flertal.

Efter nævnets forretningsorden skal afgørelsen - ligesom efter den norske nemdsavtale § 8, stk. 1 - ledsages af en begrundelse, men nævnet har ikke pligt til, som efter den norske nævnsaftale, at offentliggøre dissenser.

Ankenævnets kendelser offentliggøres i tidsskriftet Forsikring og i Forsikrings- og erstatningsretlig domssamling.

⁴² Årsberetningen 2000, s. 11.

⁴³ Årsberetningen 12000 s. 12.

5. Forslag

Det er udrederens opfattelse, at der sker en betydelig regulering af forbrugerbeskyttelsen og en god kvalitetsstyring af selskabernes sagsbehandling gennem Forsikringsankenævnets virksomhed.

Udrederen har ikke grundlag for at vurdere nævnets sagsbehandlingstid, der angives at være på ca. 6-8 måneder i det overvejende antal sager⁴⁴.

Med hensyn til nævnets flertalsafgørelser vil udrederen foreslå lidt større åbenhed. Således kunne det overvejes at offentliggøre stemmefordelingen, som det er tilfældet i Norge og Sverige - ikke nødvendigvis medlemmernes navne - men stemmefordelingen mellem "forbrugersiden" og "forsikringssiden". Disse oplysninger vil kunne have forbrugerens interesse.

6. Kundepaneler og kundeombud

Medens det i de nordiske lande er meget almindeligt med interne klagenævn eller kundeombud, er der vist nok kun eet selskab, der har deres egne interne klagekontorer.

Ordningen med Kundeombud eksisterer kun i eet selskab i Danmark. Kundeombudet er en i selskabet ansat person der er 1. klageinstans. Herefter kan sagen påklages til Kundepanelet og Ankenævnet for Forsikring.

Kundepanelet består af udvalgte personer, der er kunder i selskabet, og en formand der er jurist. En klage til kundepanelet afskærer ikke klageren fra derefter at klage til Ankenævnet for Forsikring. Erfaringerne med disse kundepaneler er begrænsede, idet de kun har eksisteret nogle få år.

Et selskab, hvis forsikringsbetand er præget af mange kollektive forsikringer for fagforbunds medlemmer, har oprettet et særligt nævn bestående af en selskabsrepræsentant, en forbundsrepræsentant og en formand der er

44

Baseret på en undersøgelse af 300 sager, årsberetningen 2000 s. 11.

landsdommer. En klage til dette nævn afskærer heller ikke klageren fra at klage til Ankenævnet for Forsikring.

7. Forslag

Erfaringerne med Kundeombud og kundepaneller er for beskedne til at de kan danne grundlag for forslag.

8. Mediation

Udrederen bekendt findes der ikke egentlige faste rammer for mægling i forsikringsbranchen ligesom der er taget skridt til f.eks. i Norge.

9. Selvevaluering

Flere forsikringsselskaber foretager egne tilfredshedsundersøgelser i form af spørgeskemaer, der udsendes til selskabets forsikringstagere efter at en skade er reguleret.

Dette må anses for positive tiltag, især når de pågældende selskaber bruger resultaterne til at justere sagsbehandlingsproceduren.

10. Forslag

Antallet af klagesager i Forsikringsankenævnet må anses for at være et godt parameter der kan bruges i selskabernes selvevalueringer. I Sverige er der eksempler på offentliggørelse af antallet af klagesager fordelt på selskaberne herunder sager, hvor klageren fik medhold. Forsikringsselskaberne her i landet kunne overveje at gøre noget lignende - ikke for at hænge enkelte selskaber ud til offentlig beskuelse - men for at skabe nye muligheder for selvevaluering.

Kap. 8 Særligt om gruppeforsikringer

Der findes flere forskellige former for gruppeforsikring. Nogle af de hyppigst forekommende er gruppeforsikringsaftaler med fagforbund for de ansatte arbejdstagere, gruppeforsikringsaftaler med idrætsforbund for idrætsudøvere og gruppeforsikringsaftaler med arbejdsgivere for de af arbejdsgiveren ansatte personer m. fl.

Udrederen finder, at gruppeforsikringer, eller som de også benævnes kollektive forsikringer, udgør et særegent område, der bør behandles særskilt og ikke i nærværende udredning.

Udrederen anbefaler, at det overvejes at optage regler om gruppeforsikringer i forsikringsaftaleloven - ligesom i Norge og Finland og som det overvejes i Sverige - bl.a. om forsikredes, forsikringstagerens og selskabets indbyrdes retsstilling . Det vil være nærliggende, at FAL-udvalget ser på området.

Kap. 9 F&P s forbrugerpolitiske handlingsplan og henstillinger

1. Handlingsplanen

I november 1998 udsendte F&P en 14-punkts forbrugerpolitisk handlingsplan. Handlingsplanen omfatter 3 delhenstillinger til medlemsselskabene.

Handlingsplanens 14 punkter er følgende:

1. Forbrugerguides fra Forsikringsoplysningen

2. God rådgivning. Henstilling vedrørende god forsikringsskik for rådgivning ved forsikringens tegning, i dens løbetid og ved forsikringsbegivenhedens indtræden.

3. Dørsalgslovens forsikringsundtagelser. Henstilling om, at medlemsselskaberne frivilligt bør pålægge sig selv et forbud mod uvarslet fremmøde på bopælen.

4. Begrundelses- og klagevejledningspligt i forbindelse med skadebehandling. Handlingsplanen indeholder på dette punkt en delhenstilling om "at et helt eller delvist afslag på forsikringsudbetaling skal ledsages af en begrundelse, indeholdende dels en henvisning til de(t) relevante vilkår i forsikringsbetingelseme, dels en kortfattet verbal beskrivelse af årsagen til selskabets beslutning".

I den sammenhæng blev det også henstillet til medlemsselskaberne "at de ved afslutningen af en skadesag, hvor kunden har udtrykt utilfredshed med selskabets afgørelse, vejleder om henholdsvis Forsikringsoplysningen (skadelidte) og Forsikringsankenævnet."

5. Helbredsoplysninger ved tegning af forsikringer. Opfølgning på tidligere projekt om bl.a. kundevejledning og assurandørvejledning samt øget databeskyttelse.

6. Årsagssammenhæng i livs- og ulykkesforsikringer. Bl.a. overvejelser af om det på sigt vil være hensigtsmæssigt at indføre et kausalitetsprincip ved forsikringstagerens fortællelse af oplysninger ved forsikringens tegning.

7. Ulykkesdefinitionen. Overvejelser om en forbedring af den vanskelig tilgængelige ulykkesdefinition i ulykkesforsikring.

8. Ejerskifteforsikring. (Se ny bekendtgørelse)

9. Familiens Basisforsikring II (er færdig og udsendt).

10. Småsagsprocessen. Se ny retshjælpsforsikring.

11. Fjernsalg, internet mv.
12. Forsikringssvindel.
13. Forsikringsmæglere.
14. Ofre for bilulykker i udlandet. Se EU-direktiv.

Det er pkt. 2, 3 og 4 der umiddelbart gennemfører en øget forbrugerbeskyttelse. Andre punkter er senere fulgt op, således er pkt. 7 fulgt op med en henstilling til medlemsselskabene om at yde en udvidet dækning for skader på arme og ben under ulykkesforsikringen (se herom ovenfor i kap. 5, afsnit 5.3 og 6).

2. Henstillingerne mv.

2.1. Uvarslet fremmøde på bopælen

Efter henstillingen til (medlems-)selskabene om ikke uvarslet at møde op på bopælen må det betragtes som værende i strid med god forsikringsskik, hvis et selskab alligevel bruger denne forretningsmetode. Udrederen har ikke grundlag for at vurdere om henstillingen følges af selskaberne. F&P's henstilling modificerer og udfylder "dørsalgslovens" regler om forbud mod uanmodet henvendelse. Efter lovens § 2, stk. 2, nr. 4 er det nemlig tilladt uvarslet at møde op på bopælen og sælge forsikringer.

2.2. Forslag

Det vil være hensigtsmæssigt at F&P's henstilling om ikke at foretage uanmodet henvendelse på bopælen indarbejdes i lovgivningen. Som foreslået i kap. 3 afsnit 8 bør sådanne regler sammen med reglerne om fortrydelsesretten indarbejdes i FAL.

Udrederen har overvejet, om der også bør foreslås et forbud mod uanmodet telefoniske henvendelser til forbrugerens private bopæl. Så vidt det er udrederen bekendt, er det almindeligt at telefoniske henvendelser om salg af forsikringer til forbrugerne, navnlig sker imellem kl. 17-20 (hverdage). På

den ene side er der en samfundsmæssig interesse i at forbrugerne tegner de nødvendige forsikringer, og henvendelsen kan desuden anses for konkurrencefremmende. Heroverfor står hensynet til den enkelte forbrugers selvbestemmelsesret og beskyttelse af den enkeltes privatliv.

Efterhånden som det bliver muligt at tegne forsikringer via internettet, og efterhånden som kommunikationen over internettet udvides, må det antages at der er mindre behov for disse telefoniske henvendelser. Det foreslås, at der i forbindelse med Forbrugerombudsmandens eventuelle arbejde med retningslinier på forsikringsområdet overvejes at optage regler, der begrænser de telefoniske henvendelser både mht. henvendelsens tidspunkt og mht. den forbruger der en gang har frabedt sig henvendelsen.

2.3. Begrundelses- og klagevejledningspligt

Udrederen er bekendt med at en række selskaber følger henstillingen om begrundelsespligt ved afslag på erstatning for en anmeldt skade, og at selskaberne bestræber sig på at give en fylldig begrundelse, men udrederen har selv sagt ikke et fuldstændigt billede af praksis på dette område.

Efter lov om forsikringsvirksomhed §§ 256 (skadesforsikring) og 256a (livsforsikring) samt informationsbekendtgørelsen om livsforsikring⁴⁵ skal selskabet - inden aftalen indgås - informere forsikringstageren om klagemuligheder, og hvorledes dette måtte berøre hans mulighed for at få prøvet sagen ved domstolene. Efter lovens § 256a skal sådanne oplysninger gives i hele forsikringens løbetid. Så vidt vides indeholder de almindelige danske forsikringsbetingelser til forbrugerforsikring altid en henvisning til Ankenævnet for Forsikring. I de tilfælde, hvor aftalen indgås f.eks. via telefon med ikrafttræden med det samme, skal oplysningerne om klagemulighed gives umiddelbart efter aftalens indgåelse, jf. informationsbekendtgørelsens § 9.

F&P's henstilling mht. at oplyse om klagemulighed ved afslutningen af en klagesag kan ses som en udvidelse af informationspligten efter lov om forsikringsvirksomhed. Efter F&P's handlingsplan skal selskaberne først infor-

⁴⁵

Bekg. nr. 609 af 14/7-1995, § 3, nr. 5.

mere om klageadgang, når sagen afsluttes, og da kun i de tilfælde, hvor kunden har udtrykt utilfredshed med selskabets afgørelse.

Det har været drøftet, om selskaberne bør give den anførte information allerede ved *første* afvisning af forsikringstagerens krav. Herimod har der været indvendinger, idet dette kan give nogle praktiske administrative problemer i sagsbehandlingen i de tilfælde, hvor forsikringstageren har siddet inde med oplysninger der, hvis de forelå for selskabet, ville have ført til at selskabet havde truffet en anden afgørelse. En henvendelse direkte til selskabet i sådanne tilfælde vil således være besparende for både selskab, ankenævn og forsikringstager.

Det kan i den forbindelse nævnes, at den norske FAL § 4-14 indeholder en regel, hvorefter forsikringsselskabet mister retten til at reklamere over et forhold - der ellers kunne medføre forsikringstagerens fortabelse af retten til erstatning - hvis selskabet undlader at orientere om adgange til at kræve nævnssbehandling mv. Orienteringen skal selskabet give sammen med afvisningen.

§ 4-14 lyder således:

“Hvis selskapet vil gjøre gjeldende at det etter en av reglene 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”.

2.4. Forslag

F&P's handlingsplan indeholder en henstilling til selskaberne om at “helt eller delvist afslag på forsikringsudbetaling ledsages af en begrundelse”. Det er udrederens opfattelse, at begrundelsespligtens værdi vil blive væsentligt øget, såfremt den udvides til at omfatte alle afgørelser truffet af *selskabet*

(naturligvis ikke i de tilfælde, hvor selskabet blot efterkommer forsikringstagerens krav). Som eks. kan nævnes begrundelse for beregningen af invaliditetserstatning og fastsættelsen af méngraden ved ulykkesforsikring.

På et så vanskeligt og kompleks område som forsikring, hvor der træffes mange afgørelser, der påvirker ligeså mange menneskers økonomi, må det anses for vigtigt at sikre begrundelsespligtens gennemførelse. Det bør derfor overvejes, om en sådan begrundelsespligt skal ske i lovsform eller i Forbrugerombudsmandens retningslinier, således at de vil komme til at gælde for hele forsikringsbranchen, også for de selskaber der ikke er medlemmer af F&P.

Udrederen deler F&P's opfattelse af, at der er behov for *klagevejledning* i forbindelse med at et forsikringsselskab afviser en forsikringstagers eller en sikrets krav helt eller delvist. Klagevejledningen bør finde sted allerede ved første afvisning dog således, at der åbnes mulighed for at selskaberne i afvisningsbrevet kan informere forsikringstageren både om muligheden for genoptagelse og om muligheden for at klage til Forsikringsankenævnet. Se hertil kap. 6, afsnit 3.3.

Det vil være nærliggende at regulere begrundelses - og klagevejledningspligten i FAL eller i Forbrugerombudsmandens retningslinier.

2.5. Forsikringssvindel

Forsikringssvindel, eller som det kaldes i straffeloven bedrageri, er et stort problem i forsikringsbranchen at dømme efter de oplysninger, der foreligger fra F&P. Derfor overvejer F&P nye tiltag på området i samarbejde med de andre nordiske landes forsikringsforbund. Samarbejdet er foreløbig mundt ud i en rapport om "Forsikringssvindel i Norden" (1999, 116 sider). I rapportens kapitel 11 drages konklusionen af de foreløbige undersøgelser, og der defineres 7 problemområder som forsikringsforbundene skal arbejde videre med.

Det er klart at ikke alene forsikringsselskabene, men også de ærlige kunder har en væsentlig økonomisk interesse i at andre kunder ikke snyder sig til erstatning. Flere af de store forsikringsselskaber har som led i kampen mod

disse bedragerier ansat tidligere kriminalbetjente til at undersøge sager, hvor der er mistanke om bedrageri, men også selskabets taksatorer foretager sådanne undersøgelser.

I Norge, hvor selskabene også bruger udredere, er der udarbejdet etiske retningslinier for udredere, jf. Forbrugerpolitisk handlingsplan, 14. april 1999 (side 16-17), hvorefter fremgår:

Utredning av mulig forsikringssvindel stiller store krav til utreders profesjonalitet og integritet. I slike saker må det ofte både foretas vanskelige avveininger i forhold til personvern og krevende grenseoppganger i forhold til hva som er det offentlige og politiets oppgaver. I tillegg er utredningsarbeidet til enhver tid avhengig av tillit både i samfunnet som helhet og hos lovgivende myndigheter.

Tiltak

Etiske retningslinjer for utredningsarbeid innføres for å bidra til at dette arbeidet er i tråd med etisk forsvarlige prinsipper, og til at utredningsarbeidet munner ut i en riktig konklusjon uansett resultat for selskap eller forsikrings-taker. Tiltaket er gjennomført i mars 1999".

I "Felles etiske retningslinjer for utredning av forsikringssaker, mars 1999" oppstilles en lang række krav som udrederne skal efterkomme, bl.a. stilles der krav om at udredningen skal afsluttes inden for rimelig tid, at udredeme ikke er provisionslønnede og om udbetaling af dusør mv.

2.6. Forslag

Når det gælder forsikringsselskabernes undersøgelser og fremskaffelse af beviser for bedragerier er det - også set ud fra et samfundsmæssigt synspunkt - beklageligt, at det er nødvendigt at anvende private udredere, men det er indlysende at rimelige initiativer, der søger at dæmme op for denne form for kriminalitet, skal støttes.

I et retssystem som det danske ydes der borgerne en retsbeskyttelse overfor politiets efterforskning i bl.a. bedragerisager, og retsbeskyttelsen bør ikke tilsidesættes, når det gælder selskabets undersøgelser ved brug af udre-

dere. Den forsikringstager, der er mistænkt og genstand for selskabets undersøgelser, bør være beskyttet i det omfang situationen og undersøgelsens udvikling strin tilsiger det.

Det foreslås, at Forbrugerombudsmanden tager initiativ til, at der udarbejdes etiske retningslinier for selskabernes udredere, hvad enten disse er selskabets taksatorer, sagsbehandlere eller dertil særligt ansatte. Retningslinierne bør omfatte hele undersøgelsesforløbet. Retningslinierne bør være kortfattede og overskuelige. Det bør således ikke tilstræbes at nå et omfang som de norske retningslinier på området.

3. Generelt om henstillingerne

F&P har udarbejdet følgende henstillinger:

- om et-årige forsikringer på forbrugerområdet (fra 1. november 1976 - citeret i UfR 1982.177)
- om god forsikringsskik for rådgivning (navnlig omkring tegning af forsikring) (handlingsplanen 1998),
- om forbud mod uvarslet fremmøde på bopælen (handlingsplanen 1998)
- om begrundelsespligt i forbindelse med helt eller delvist afslag på forsikringsudbetaling samt klagevejledningspligt i tilfælde af utilfredshed med forsikringsselskabets afgørelse (handlingsplanen 1998).
- om ændring af ulykkesforsikringen. F&P henstiller, at selskaberne snarest muligt ændrer dækningsomfanget under ulykkesforsikring i såvel eksisterende forsikringer som ved nytegning, således at der ved beskadigelse af forsikredes arme og ben alene kræves, at skadesårsagen skal være pludselig og med en påviselig beskadigelse af legemet til følge (13. december 1999).

- om anvendelse af et skadesårsagsprincip i ulykkesforsikring udvidet med sygdomsdækning (der kan henvises til den senere vedtagne § 120 a i FAL, som må anses at have overflødiggjort henstillingen).

Uden for disse henstillinger har det daværende ulykkesforsikringsudvalg anbefalet, at selskaberne præciserer ulykkesforsikringsbetingelserne - i hvert fald i forbindelse med nytegning - således at det klart fremgår, at der ikke er tale om en erhvervsevnetabsdækning, men at grundlaget for erstatningen er en medicinsk méngradsbedømmelse. Anbefalingen kom efter Højesterets dom i UfR 2000.50, hvor det i præmisserne udtaltes at forsikringsbetingelserne på dette punkt kunne være klarere (se nærmere herom kap. 5, afsnit 5.3. og 6).

Sådanne henstillinger og anbefalinger må siges at være udtryk for god forsikringsskik og i det omfang de faktisk følges af selskaberne må de også opfattes som branchekutymen. Dette betyder også, at afgørelser, på forbrugerområdet, der strider imod disse, efter en konkret vurdering kan tilsidesættes. Navnlig F&P's henstillinger supplerer lovgivningen og forsikringsvilkårene og kan derfor tillægges betydning som retskilder og hermed som udfyldende fortolkning.

Allerede dommen i UfR 1982.176 H viser betydningen af disse henstillinger. Dissensen i landsrettens dom henviser således direkte til Assurandør-Societetets (nu F&P) henstilling fra 1976, og af principperne i Højesterets dom (flertallets præmisser) synes det at kunne udledes, at henstillingen vil kunne indgå i bedømmelsen af om en flerårig forbrugeraftale kan tilsidesættes som urimelig efter aftalelovens § 36. Det samme viser Forsikringsankenævnets kendelse nr. 23.922, hvor en 5-årig aftale blev tilsidesat. Kendelsen er også citeret ovenfor i kap. 4, afsnit 5.3.

Henstillingerne er ikke offentliggjorte, hverken i papirform eller på F&P's hjemmeside, men efter det overfor udrederen oplyste udleveres de efter begæring til parter der har en behørig interesse i dem.

4. Forslag

Det foreslås, at F&P's henstillinger og lignende udtalelser som har betydning som udfyldende fortolkning og som retskilder synliggøres og bliver umiddelbart tilgængelige for forbrugeren i en eller anden form ligesom andre retskilder.

Kap. 10 Sammenfatning

Generelt er der i udredningen peget på at der, som følge af retsområdets kompleksitet, er behov for at synliggøre reguleringsinstrumenter som f.eks. forsikringsbranchens henstillinger. Det foreslås, at der lægges en samlet regelsamling på nettet i en eller anden form.

Udredningens *konkrete* forslag og anbefalinger er i hovedtræk:

Det bør sikres, at forbrugeren også ved den telefoniske tegning informeres i tilstrækkeligt omfang om den pågældende forsikring, om muligheden for dobbeltforsikring, og om de risikooplysninger selskabet tillægger betydning ved tegningen (kap. 2, afsnit 1).

Der peges på, at det vil være nærliggende, at der tilvejebringes præciserende retningslinier for selskabernes information ved forsikrings tegning (kap. 2, afsnit 4).

Der peges på, at der kan være grund til at overveje om forbrugeren ved ulykkesforsikring bør have mulighed for at få prøvet selskabets afvisning eller skærpede vilkår ved tegningen (kap. 2, afsnit 5.12).

Der peges på, at der kan være grund til at den personlige rådgivning, herunder at kravene til frontpersonales rådgivning, intensiveres. Herudover peges på, at selve erklæringen med samtykke/fuldmagt ved personforsikring fremhæves eller optages på et særskilt papir, som forbrugeren skal underskrive (kap. 2, afsnit 6.1.).

Der peges på, at der forekommer samtykke/fuldmagtserklæringer ved ulykkesforsikring der ikke er tilpasset de gældende regler (kap. 2, afsnit 6.2.).

Der peges på, at Forbrugerombudsmanden har mulighed for at gøre resortministeriet opmærksom på den noget omstændelige og måske unødvendige konstruktion af en fuldmagtserklæring ved siden af en samtykkeerklæring ved personforsikring (kap. 2, afsnit 6.3.).

Det foreslås, at der i samtykke/fuldmagtserklæringen, som bruges i helbredserklæringen, indføres en ganske kort omtale af "forbudet" i FAL § 3 a (kap 2, afsnit 6.4.).

Det anbefales, at det nedsatte FAL-udvalg overvejer, om optagelse af en kombineret pro rata- og kausalitets-regel i FAL § 6 kan løse nogle af de problemer, denne bestemmelse har givet anledning til i praksis.

Der peges på, at der kunne være grund til at undersøge, om der vil være fordele forbundet med - om muligt - at trække på eksperticen i Bedømmelsesforeningen, når det gælder udtalelserne i ulykkesagerne om betydningen af urigtige oplysninger for risikovurderingen (kap 2, afsnit 5.10.).

Ved tegning af tingsforsikring, men navnlig af personforsikring, må det anses for vigtigt, at forbrugeren får mulighed for at vurdere på hvilket grundlag selskabets afvisning eller nye tilbud sker, og at selskabets afgørelse derfor bør ledsages af en individuel skriftlig begrundelse. Der peges på, at det nedsatte FAL-udvalg kan overveje disse spørgsmål (kap. 2, afsnit 8).

Der peges på, at Foreningen til Bedømmelse af Personforsikringsrisiko kunne være mere synlig, og at dette kunne fremmes ved informationer og vejledning om "klageprocedure".

Herudover peges på, at der i Bedømmelsesforeningen ligger et meget stort erfaringsmateriale og en ekspertice, som åbner mulighed for anvendelse i andre sammenhænge, eksempelvis i visse klagesager inden for personforsikring (kap. 2, afsnit 9).

Det foreslås, at der ved tingsforsikring i højere grad end det synes at være tilfældet i dag, foretages en individuel bedømmelse af den forsikringssøgendes tidligere skadesforløb, inden forsikring afvises eller skærpede vilkår fastsættes (kap. 2, afsnit 10.2).

Fristerne for præmiens betaling i forsikringsbranchens praksis på forbrugerområdet giver forbrugere en betydelig bedre retsstilling end efter forsikringsaftaleloven. Det foreslås, at det af justitsministeriet nedsatte FAL-udvalg ser på dette (kap. 3, afsnit 2).

Der peges på, at der må stilles krav om at en præmieændring skal være grundet i en vurdering af den almindelige eller konkrete risiko, selskabet skal overtage (kap. 3 afsnit 4).

Der peges på, at der kan være grund til at regulere gebyrer for den ordinære opkrævning af præmie.

Det foreslås, at regelsættet om fortrydelsesret indarbejdes i forsikringsaftaleloven. Dette bør overvejes af FAL-udvalget. Endvidere foreslås det at Forbrugerombudsmanden ved forhandling med forsikringsbranchen bringer klarhed over de tilfælde, hvor forbrugeren bruger fortrydelsesretten ved autoforsikring (kap. 3, afsnit 8).

Det foreslås, at Forbrugerombudsmanden tager initiativ til at retningslinierne om selskabernes information ved autoskader synliggøres, f.eks. ved at der i de standardiserede autoforsikringsbetingelser optages en klar og præcis bestemmelse om, at selskabet skal informere kunden om de økonomiske konsekvenser, når der anmeldes en præmiebelastende skade.

Udrederen peger på, at retningslinierne for dette område bør tydeliggøres (kap. 3, afsnit 10).

Der peges på, at retningslinierne vedrørende selskabernes anvendelse af passiv accept savner gennemsigtighed på nogle punkter. Reglen i retningsliniernes pkt. 3.5 savner gennemsigtighed og bør i højere grad tilgodese hensynet til den enkelte forbruger. Det bør i højere grad klargøres, i hvilket omfang retningslinierne er bindende for selskabene. Det anbefales, at retningslinierne gøres mere synlige overfor forbrugerne. Det foreslås, at FAL-udvalget på længere sigt overvejer i en eller anden form at indarbejde i hvert fald væsentlige elementer fra retningslinierne i forsikringsaftaleloven (Kap. 4, afsnit 2).

Udrederen konstaterer, at der på forsikringsområdet er sket en sund produktudvikling i takt med samfundsudviklingen. For at støtte og sikre at

denne positive udvikling fortsætter foreslås det, at der opstilles nogle mål for forsikringsdækning til visse forbrugergrupper. Herunder efterlyses et større overblik over handicappedes muligheder for at tegne personforsikringer (kap. 4, afsnit 4).

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

Der peges på, at opsigelsesreglerne i FAL §§ 5, stk. 2, § 51, stk. 2, § 47 § 84 (heller) ikke er tidsvarende for forbrugerforsikringer. Reglerne i lov om forsikringsvirksomhed § 207 bør indarbejdes i FAL § 84, hvor de naturligt hører hjemme. Det vil være nærliggende, at en revision af disse lovregler overlades til FAL-udvalget.

Det foreslås, at der tages initiativ til at opsigelse af en forbrugerforsikring alene kan ske med den fornødne hjemmel i aftalen, på sagligt individuelt grundlag, og at selskabets opsigelse skal ledsages af en begrundelse og med oplysning om klagemulighed. Desuden foreslås en regulering af den for meget indbetalte præmie som følge af selskabets opsigelse.

Forbrugerombudsmandens retningslinier om tilbagebetaling ved autoskader, hvor selskabet opsiger forsikringen, foreslås tydeliggjort, og at det overvejes, om der er rimelig grund til at selskabet i den omfattede situation overhovedet skal kunne opsige forsikringen (kap. 4, afsnit 5.1.3.)

Det foreslås, at overveje muligheden for særlige formkrav ved forsikrings fornyelse ved udløb. Ved fornyelse af en forsikring foreslås, at det undersøges om forbrugeren - eventuelt sammen med den nye opkrævning - kan informeres om retten til opsigelse og om eventuelle nye og bedre dækningsmuligheder i selskabet.

Der peges på, at det selskab, der ikke vil forny forsikringen, bør give forsikringstageren et længere varsel end det gældende på en måned. Med inspiration i de norske regler må et varsel på 2 måneder anses for passende.

Da der fra flere sider er udtrykt ønske om at der indføres en udvidet opsigelsesret for forbrugerne, anbefales, at mulighederne og vilkårene for gennemførelsen af en sådan opsigelsesret undersøges nærmere (kap. 4, 5.3.).

Der peges på muligheden for at opstille ensartede regler for regulering af præmien ved risikoens bortfald (kap. 4, afsnit 5.5.)

Der peges på, at det bør undersøges, om der er mulighed for at nedsætte ekspeditionsgebyret, og at det er hensigtsmæssigt med en friere udvikling af gebyrets størrelse ved flytning af livs- og pensionsforsikring.

Desuden foreslås det, at det overvejes, om erhvervelsesomkostningerne i større omfang end det er tilfældet i dag kan beregnes individuelt, og at det undersøges om det er muligt at lægge hovedvægten af afskrivningen på disse omkostninger i de første forsikringsår.

Det anbefales, at selskaberne tilbyder forsikringstageren den billigste løsning efter den "gamle" og den "nye" ordning uanset aftalegrundlaget herom.

Der foreslås en fast regel om individuel rådgivning, særligt om omkostningernes størrelse ved flytning, fra både det indtrædende og udtrædende selskab på linie med det, der er kommet til udtryk i F&P's forbrugerpolitiske handlingsplan.

Udrederen er opmærksom på Finanstilsynets kompetence på området og forudsætter, at Forbrugerombudsmanden i påkommende tilfælde tager kontakt til Finanstilsynet (kap. 4, afsnit 6.2.).

Udrederen foreslår, at den faste praksis om den om kostningsfrie ydelse ved jobskifte kommer til udtryk i "jobskifteaftalen" og "virksomhedsomdannelsesaftalen" (kap. 4, afsnit 6.4.).

Der peges på, at der i overensstemmelse med udtalelsen i rapporten fra Konkurrencestyrelsen i størst mulig omfang tages initiativ til basisforsikringer på forbrugerområdet, hvortil der så kan ske tilvalg og/eller fravalg af forsikringsmoduler.

I lyset af Højesterets dom i UfR 2000. 1567 bør det overvejes, om det er forbrugeren eller forsikringsselskabet, der skal bære risikoen for misforståelser vedrørende fremmedsprogede forsikringsbetingelser. Det foreslås, at det overvejes - under iagttagelse af relevante EU-regler - om der er behov for at opstille særlige retningslinier for fremmedsprogede forsikringsprodukter herunder affattelsen af disse (kap. 5, afsnit 2).

Der peges på, at det vil være nærliggende, at FAL-udvalget ser nærmere på de objektive og subjektive klausuler, herunder om der bør foreslås udvidede regler om sikkerhedsforskrifter. Det foreslås, at FAL-udvalget overvejer, om den nuværende § 21 efter Højesterets dom i UfR 1993.893 alene skal omfatte løbende forsikringsforhold, og om dette i givet fald bør komme til udtryk i bestemmelsen (kap. 5, afsnit 4).

Det anbefales, at det overvejes at indføre et andet og for forbrugerne mere forståeligt udtryk end nyværdierstatning i husejerforsikringen eller at anvendelsen i overskrifter osv. af udtrykket nyværdi nedtones.

Ved revision af Familiens Basisforsikrings dækning af tyveri af indbo fra biler foreslås ved Forbrugerrådets og forsikringsbranchens revision af denne forsikring, at der overvejes en modifikation af reglerne.

Der peges på, at nogle selskaber tilsyneladende ikke har ændret deres forsikringsbetingelser i overensstemmelse med henstillingen fra F&P om den udvidede dækning ved ulykkesforsikring. Der peges også på, at enkelte selskaber ikke følger henstillingen om at den udvidede dækning ikke er begrænset til sportsskader.

Der peges på, at forsikringsbranchens anbefaling af præciseringen i ulykkesforsikringsbetingelserne vedrørende dækningen af den medicinske méngrad bør være mere synlig for forbrugerne (kap. 5, afsnit 5.4.)

Der peges på muligheden for at opstille nogle almindelige normer for god kvalitet i sagsbehandlingen og almindelige normer for en rimelig sagsbehandlingstid.

Der peges på, at principperne i F&P's henstilling indarbejdes i eventuelle retningslinier ved afslag på erstatning og begrundelsen herfor, ligesom der peges på, at det kan overvejes, at udarbejde en standardvejledning med et indhold, der allerede anvendes af nogle selskaber.

Det foreslås, at FAL-udvalget overvejer, om FAL § 24 bør ændres i lyset af Højesterets dom i UfR 20001.352 H (kap. 6, afsnit 3.3.).

Det foreslås, at der opstilles klare regler for proceduren ved reklamation af forsikringsdækkede tingsskader, og at forbrugerne informeres herom på behørig måde.

Det foreslås, at det overvejes at synliggøre (auto-) regresaftalens ansvarsregler. Desuden foreslås det, at der sikres en fyldestgørende information til den forbruger, der mod sin i skadeanmeldelsen tilkendegivne forventning, pålægges ansvar i færdselsuheld (kap. 6, afsnit 4.3.).

Det foreslås, at FAL-udvalget ved revisionen af forsikringsaftalelovens § 29 henter inspiration fra de norske lovregler samt branchekutyme. Der peges på behovet for særlige regler ved kollektive forsikringer (kap. 6, 4.5.).

Der foreslås en standardisering af voldgiftsklausulen i ulykkesforsikring i overensstemmelse med Højesterets dom i UfR 2000.1152.

Der peges på, at der synes at være et behov for en særlig sagkyndig klageinstans, hvortil den forbruger, der har tegnet en ulykkesforsikring, kan klage over Arbejdsskadestyrelsens fastsættelse af méngraden (kap. 7, afsnit 3.).

Det foreslås, at FAL-udvalget overvejer mulighederne for regulering af kollektive forsikringer i lighed med de andre nordiske lande (kap. 8).

Der peges på, at det vil være hensigtsmæssigt, at F&P's henstilling om ikke at foretage uanmodet henvendelse på bopælen indarbejdes i lovgivningen (kap. 9, afsnit 2.2.).

Det anbefales at F&P's henstilling om en begrundelses"pligt" udvides til at omfatte alle afgørelser truffet af *selskabet* (naturligvis ikke i de tilfælde, hvor selskabet blot efterkommer forsikringstagerens krav).

Der peges på, at klagevejledning bør finde sted allerede ved første afvisning dog således, at der åbnes mulighed for at selskaberne i afvisningsbrevet kan informere forsikringstageren både om muligheden for genoptagelse og om muligheden for at klage til Forsikringsankenævnet (kap. 9, 2.4.).

Der anbefales etiske retningslinier for selskabernes udredere i sager, hvor selskabet foretager undersøgelser på grundlag af mistanke om forsikringsbedrageri (kap. 9, afsnit 2.6.).

Det foreslås, at F&P's henstillinger og lignende udtalelser som har betydning som udfyldende fortolkning og som retskilder synliggøres og i en eller anden form bliver umiddelbart tilgængelige for forbrugeren (kap. 9, afsnit 4.).